



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

ISABEL CRISTINA WEISS DE SOUZA

**O PROFISSIONAL DA APS E AS SUBSTÂNCIAS DE ABUSO:
o papel da capacitação na rotina da assistência**

JUIZ DE FORA

2010

ISABEL CRISTINA WEISS DE SOUZA

**O PROFISSIONAL DA APS E AS SUBSTÂNCIAS DE ABUSO:
o papel da capacitação na rotina da assistência**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde. Área de Concentração em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

Juiz de Fora

2010

Souza, Isabel Cristina Weiss de.

O profissional da APS e as substâncias de abuso: o papel da capacitação na rotina da assistência / Isabel Cristina Weiss de Souza. – 2010.

194 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Drogas - Abuso. I. Título.

CDU 614.2

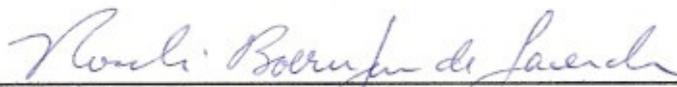
“O Profissional da APS e as Substâncias de Abuso: o papel da capacitação na rotina da assistência”

Isabel Cristina Weiss de Souza

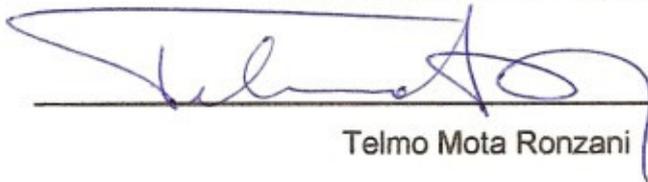
ORIENTADOR: Telmo Mota Ronzani

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

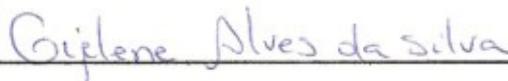
Aprovado em 16/04/2010



Roseli Boerngen de Lacerda



Telmo Mota Ronzani



Girlene Alves da Silva

*Dedico este trabalho a Ian e Igor:
minha razão de viver.*

AGRADECIMENTOS

Ao professor Telmo Mota Ronzani, orientador e amigo, cujo incentivo e exemplo de conduta ética me serviram de base durante toda esta nossa longa e produtiva trajetória, que não começou aqui e que espero ainda continuar.

Às professoras Girlene Alves da Silva e Roseli Boerngen de Lacerda, que muito contribuíram para o aprimoramento desta pesquisa assim como nos servem de parâmetro para definir o que é ser um pesquisador.

A todos os professores do Mestrado em Saúde Coletiva da UFJF, que certamente se fizeram presentes nesta caminhada e estarão sempre comigo, uma vez que a partir deste momento são parte integrante de minha formação.

À Daniela Belchior Mota, pela amizade e carinho e especialmente pela ajuda na organização dos dados desta pesquisa.

Aos amigos do POPSS, que têm papel determinante na minha decisão de usar a experiência clínica em prol da pesquisa, e vice versa.

À Anelise pela competência e paciência na formatação deste trabalho.

Às secretarias de saúde dos municípios envolvidos nesta pesquisa que autorizaram a realização da mesma, das quais optei por manter os nomes em sigilo.

Ao CNPq que financiou parte desta pesquisa no que tange ao projeto “Disseminação de Práticas de Prevenção ao Uso de Risco de Álcool em Serviços de APS da Zona da Mata Mineira”, Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT 23/2006.

À SENAD que nos disponibilizou a lista com os nomes dos alunos do curso SUPERA turma 2006/2007.

A todos os profissionais entrevistados que se dispuseram a participar desta pesquisa e muito contribuíram para seus resultados.

Ao Rogério, presença marcante em minha vida, sem o qual muitos de meus projetos não seriam viáveis. Especialmente este, que muito me afastou da rotina doméstica.

Aos meus pais, que serviram de exemplo de determinação em minha vida.

Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhos queridos, que dão sabor especial ao dia a dia.

E finalmente, à querida e inesquecível Nilza, que esteve presente em toda minha vida, em minha formação e infelizmente não pôde ver concluído este projeto.

“O papel das práticas educativas deve ser crítica e incisivamente revisto para que almeje a possibilidade de pertencer aos serviços/profissionais/estudantes a que se dirigem, de forma que os conhecimentos que veiculam alcancem significativo cruzamento entre os saberes formais previstos pelos estudiosos ou especialistas e os saberes operadores das realidades – detidos pelos profissionais em atuação – para que viabilizem auto-análise e principalmente autogestão. Os saberes formais devem estar implicados com movimentos de auto-análise e autogestão dos coletivos da realidade, pois são os atores do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas.”

Ceccim (2005, p.166).

RESUMO

Introdução: Entre 10% a 20% dos pacientes tratados em Atenção Primária à Saúde (APS) fazem uso de álcool em níveis considerados de risco. Para que ações de prevenção sejam desenvolvidas neste nível de atenção, é fundamental a capacitação das equipes, segundo o Ministério da Saúde. Porém muitas são as barreiras que podem impedir a adoção de um procedimento na prática de rotina. Objetivo: o presente estudo procurou avaliar práticas de prevenção ao uso de risco de álcool e outras drogas adotadas entre enfermeiros da APS capacitados em modalidades presencial, à distância e profissionais não capacitados, assim como os possíveis entraves neste processo. Método: Os dados foram coletados durante os meses de outubro e novembro de 2008, através de entrevistas com sete enfermeiras que atuam na APS, sendo a análise de conteúdo o procedimento analítico adotado, que nos possibilitou a eleição de seis temas: capacitação; práticas; atitudes; crenças sobre álcool e outras drogas; conhecimentos específicos sobre tratamentos para álcool e outras drogas; sentimentos envolvidos ao lidar com o tema álcool e outras drogas. Resultados: Os resultados nos remetem à necessidade de um espaço de discussão permanente subsequente às capacitações, que serviria de reforço, a médio prazo, para a capacitação, podendo contribuir para identificação das dificuldades dos profissionais, troca de experiências, aumentando o senso de auto-eficácia para lidar com esta demanda. No entanto, um possível efeito positivo da capacitação foi sentido entre os grupos treinados, uma vez que estes não deram ao problema álcool e outras drogas a conotação moral dada pelo grupo não treinado, o que pode representar uma abertura a ações educativas futuras. Considerações finais: Ainda prevalece a subutilização de práticas baseadas em evidência no tocante a álcool e outras drogas entre as profissionais, corroborando a literatura que aponta, no Brasil, ações de saúde mental, como um todo, estando descontextualizadas com a prática sanitária. Assim como mostrou ser ainda prevalente a lógica de encaminhamentos, referência e contra-referência. Palavras chave: Capacitação em álcool e outras drogas. Atenção Primária à Saúde. Práticas de prevenção.

ABSTRACT

Introduction: Between 10-20% of patients treated in Primary Health Care (PHC) drink alcohol at levels considered risky. For preventive actions to be developed at this level, it is essential to train the teams, according to the Ministry of Health of Brazil. However, there are many barriers that may prevent the adoption of a procedure in routine practice. **Objective:** This study sought to evaluate practices of prevention against the risky use of alcohol and other drugs adopted amongst PHC nurses trained in different modalities – present and at a distance and also un-trained professionals, as well as possible obstacles in this process. **Method:** Data were collected during October and November 2008. Seven nurses were interviewed who were working in the PHC. For this study a content analysis was adopted as the analytical procedure. We followed a semi-structured model of interview which enabled us the analysis of six themes: training, practices, attitudes, beliefs about alcohol and other drugs; feelings involved in dealing with the topics of alcohol and other drugs. **Results:** The results suggest the need for a permanent forum for discussion subsequent to training that would serve to strengthen, at medium term, for training, contributing then to identification of difficulties of professional exchange of experiences, increasing the sense of self-efficacy for dealing with this demand. However, a possible positive effect of training was felt among the trained groups, since they did not give the problem alcohol and other drugs the moral connotation given by the non-trained group, which may represent an opening to future educative actions. **Conclusion:** The underutilization of evidence-based practice in relation to alcohol and other drugs is still prevailing among professionals, supporting the literature that points in Brazil, the mental health services as a whole, being decontextualised with the sanitary practice. The logic of referrals, reference and counter reference also proved to be still prevalent.

Keywords: Training in alcohol and other drugs. Primary Health Care. Prevention practices.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|---|
| AA | Alcoólicos Anônimos |
| ABEAD | Associação Brasileira de Estudos sobre Álcool e Drogas |
| AD | Álcool e Drogas |
| AIDS | Acquired Immunodeficiency Syndrome – Síndrome da imunodeficiência adquirida |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ASSIST | Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test |
| AUDIT | Alcohol Use Disorders Identification Test |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPS AD | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas |
| CAPSi | Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil |
| CICAD | Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CIT | Comissão Intergestores Tripartite |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais |
| EaD | Educação a Distância |
| ED | Emergency Department – Departamento de Emergência |
| EERP-USP | Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo |
| EMaD | Educação Médica a Distância |
| EMC | Educação Médica Continuada |
| EMUA | Escala de Moralização do Uso de Álcool |
| ENSAIN | Enfermería y Salud Interactiva |
| ENSP | Escola Nacional de Saúde Pública |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| GNT | Grupo não treinado |
| GS | Grupo capacitado pelo SUPERA |
| GT | Grupo treinado presencialmente |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus – Vírus da Imunodeficiência Humana |

| | |
|---------|--|
| IB | Intervenção Breve |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer |
| ISI | Institute for Scientific Information |
| MG | Minas Gerais |
| OEA | Organização dos Estados Americanos |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Panamericana de Saúde |
| PACS | Programa Agentes Comunitários de Saúde |
| PADQ | Programa de Atenção à Dependência Química |
| PNAD | Política Nacional sobre Drogas |
| PNCT | Programa Nacional de Controle do Tabagismo |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| RS | Rio Grande do Sul |
| SBIRT | Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment - Diagnóstico, Intervenção Breve e Referenciamento para Tratamento |
| SENAD | Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas |
| SUPERA | Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção social e Acompanhamento |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCC | Terapia Cognitivo-Comportamental |
| TIB | Triagem e Intervenção Breve |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFJF | Universidade Federal de Juiz de Fora |
| UNIAD | Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas |
| UNIFESP | Universidade Federal de São Paulo |
| USP/RP | Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto |
| WHO | World Health Organization |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1 | Objetivos | 17 |
| 1.1.1 | <i>Objetivo geral</i> | 17 |
| 1.1.2 | <i>Objetivos específicos</i> | 17 |
| 2 | EPIDEMIOLOGIA E POLÍTICA NACIONAL SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | 18 |
| 3 | A CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL DA APS PARA ATUAÇÃO EM PREVENÇÃO AO USO DE RISCO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | 23 |
| 3.1 | Crenças e atitudes: barreiras no caminho da capacitação? | 29 |
| 3.2 | A inserção do tema álcool e outras drogas no contexto da saúde | 31 |
| 3.2.1 | <i>Uma estratégia de inserção</i> | 36 |
| 4 | O PAPEL DA EAD NA CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE: POSSIBILIDADES E DESAFIOS NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, UMA REVISÃO SISTEMÁTICA | 46 |
| 4.1 | Metodologia | 49 |
| 4.2 | Resultados | 51 |
| 4.2.1 | <i>Estudo 1</i> | 51 |
| 4.2.2 | <i>Estudo 2</i> | 53 |
| 4.2.3 | <i>Estudo 3</i> | 54 |
| 4.2.4 | <i>Estudo 4</i> | 56 |
| 4.3 | Discussão | 57 |
| 4.4 | Conclusão | 60 |
| 5 | ASPECTOS METODOLÓGICOS | 62 |
| 5.1 | Metodologia e estratégias de ação | 63 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 5.1.1 | <i>Participantes</i> | 64 |
| 5.1.2 | <i>As capacitações</i> | 66 |
| 5.1.3 | <i>Instrumentos</i> | 67 |
| 5.1.4 | <i>Delineamento da pesquisa</i> | 68 |
| 5.1.5 | <i>Aspectos éticos</i> | 70 |
| 6 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 71 |
| 6.1 | Características sociodemográficas | 71 |
| 6.2 | O papel da capacitação na rotina da assistência | 73 |
| 6.2.1 | <i>Capacitação</i> | 73 |
| 6.2.2 | <i>Práticas</i> | 78 |
| 6.2.3 | <i>Atitudes; Crenças sobre álcool e outras drogas; Sentimentos envolvidos ao lidar com o tema álcool e outras drogas</i> | 89 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 102 |
| | REFERÊNCIAS | 104 |
| | APÊNDICES | 124 |
| | ANEXOS | 193 |

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho objetivou desenvolver uma reflexão no campo da saúde coletiva que se apresenta como um grande desafio: qual o caminho percorrer para incorporar na prática do profissional de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) o trabalho de prevenção ao uso de risco de álcool e outras drogas?

Esta questão me acompanha há mais de dezessete anos quando, ao trabalhar como especialista na saúde pública na área de álcool e drogas, comecei a questionar como poderia atuar de forma a prevenir o problema que, sabidamente, tem um importante papel na escala global de morbidade e mortalidade, segundo a Organização Mundial de Saúde (BABOR et al., 2003).

Graduada em Psicologia entre as décadas de 80/90, meu contato com a “dependência química” se deu desta forma, como expressa o termo. Ou seja, a discussão dos problemas relativos ao uso de substâncias psicoativas só passava pela dependência. Na formação, o que se via de prática era em hospitais psiquiátricos (modelo hospitalocêntrico ainda vigente), onde esses pacientes eram “tratados”, ou alijados de qualquer possibilidade de reabilitação.

Somado a isso, vinha de uma cultura acadêmica cuja concepção de subjetividade, de sujeito psicológico, senhor de si e independente – numa supervalorização do modelo de atuação privada, centrado na ação isolada, de caráter curativo e assistencialista (VILHENA; DIMENSTEIN; ZAMORAS, 2000) – pouco contribuiria para a atuação em saúde pública.

Ao ser aprovada em concurso público, em 1992, para ingressar na Saúde do município onde morava, me deparei com o início da organização da rede de atenção à saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS). E nesse contexto fui direcionada para trabalhar no Programa de Atenção à Dependência Química (PADQ), que seria inaugurado dentro de alguns meses, no que me senti bastante frustrada. Vi-me “analisando alcoólatras” (os que atendi nos hospitais psiquiátricos) dali para frente.

Minha história de atuação com pessoas que fazem uso de álcool e drogas começou ali. Ingressando numa equipe recém-formada (o que é um diferencial no serviço público brasileiro de uma forma geral), de pessoas ávidas por conhecer aquela realidade e transformá-la, orientadas por um coordenador também jovem e determinado, que investiu de forma maciça em nossa “formação”. E é aí que gostaria

de chegar para justificar esta pesquisa, que pretende ser uma modesta contribuição para o campo de reflexões sobre a formação complementar dos profissionais de saúde, que em se tratando de álcool e outras drogas saem de suas universidades no Brasil e em outros países, absolutamente despreparados, como irei demonstrar neste estudo.

Em 1995, nossa equipe, assim como parte da rede de assistência da secretaria de saúde, foi treinada durante sete meses consecutivos, com aulas quinzenais, numa carga horária de oito horas/dia, por renomados pesquisadores e clínicos do país, que compunham a Associação Brasileira de Estudos sobre Álcool e Drogas (ABEAD). Daí começou o diferencial, pois podíamos contrastar a realidade com a qual nos deparamos em nossas formações acadêmicas com aquela trazida por aqueles profissionais.

Após o término da capacitação, nossa equipe recebeu supervisão clínica mensal, durante dezoito meses por um destes professores, que é médico psiquiatra, clínico, pesquisador do Hospital Mãe de Deus, na cidade de Porto Alegre – RS.

Inegavelmente, houve interesse do poder público para que de fato o PADQ fosse implantado e a população realmente fosse atendida em suas necessidades. Aliado à transmissão de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades, o enfoque na *performance* clínica trouxe segurança à equipe, que mensalmente se reunia e discutia, com o *expert*, suas dúvidas, inseguranças e realidades.

A formação de base recebida na universidade, de orientação psicanalítica, deu lugar à especialização em outra linha da Psicologia a qual irei me referir por diversas vezes neste estudo: a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que por apresentar grande número de resultados de pesquisas demonstrando sua eficácia e da prática clínica baseada em evidências¹ apresenta-se como uma das mais indicadas para intervenções com pessoas que apresentem problemas relacionados ao consumo de substâncias de abuso (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE; NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2007).

Enquanto especialista no SUS, atuando ainda numa lógica de programa especializado, atendendo a uma demanda encaminhada com problemas graves de dependência, meu horizonte era diminuir danos e ajudá-los a prevenir recaídas, que

¹ Adotar intervenções clínicas baseando-se nos resultados de estudos bem conduzidos metodologicamente, visando uma maior eficácia, efetividade, segurança e custo (NEVES NETO, 2003, p.19).

são recorrentes nestes quadros. Porém, em 2005, dezenove anos após a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, nosso serviço foi credenciado pelo Ministério da Saúde como CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), que constitui a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2004b).

Muda a perspectiva, pois além de articular cuidado clínico e programas de reabilitação social, os CAPS, enquanto ordenadores da rede no território de abrangência (BRASIL, 2003b), participam da proposta de matriciamento, que objetiva

[...] assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção em saúde mental. Visa a favorecer a coresponsabilização entre as equipes e a diversidade de ofertas terapêuticas através de um profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente as UBS/USF. (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008, p.635).

Partiu daí o interesse de, junto à Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), propor à Secretaria de Saúde do município, em 2007, um projeto de pesquisa que visasse capacitar profissionais da APS para atuarem na prevenção ao uso de risco de álcool e drogas, incluindo o município, que chamaremos de A, entre municípios da Zona da Mata Mineira que deveriam também ser treinados pelo grupo da UFJF, numa pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq- Processo n. 408753/2006-4 (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009).

No entanto, a crise política de repercussão nacional pela qual passava o município A naquele momento, aliado a isso outros fatores que a literatura já aponta como recorrentes na realidade brasileira como rotatividade na equipe, a falta de recursos técnicos e teóricos contextualizados, reproduzindo a prática curativa e assistencialista do setor privado no setor público e a dificuldade de reconhecer a necessidade de incorporação das pesquisas na produção cotidiana do cuidado em saúde (LIMA, 2008; BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; RONZANI, 2002; DIMENSTEIN, 1998) dificultaram profundamente a concretização dos planos. O que levou à exclusão do município A da pesquisa que envolveu três municípios mineiros, sendo um deles avaliado neste estudo.

Trago este cenário para contrapor ao apresentado no início deste capítulo onde a soma de fatores já consagrados pela literatura como a transmissão de conhecimento, um gestor de saúde envolvido, uma equipe interdisciplinar motivada pelo suporte recebido para prática clínica baseada em evidências, naqueles anos, certamente contribuiu para minha motivação no estudo e trabalho na área de álcool e drogas e para o reconhecimento, na comunidade, do trabalho desempenhado pela equipe cujos resultados não foram mensurados nem criteriosamente avaliados, como deveriam, justamente pela dicotomia entre pesquisa e clínica que ainda vigora em nosso país (CHRISTANTE et al., 2003; FLORA, 2008; FUNK et al., 2005; RASSOOL; RAWAF, 2008; RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009).

Hoje, atuar na prevenção corresponde a uma expectativa que coaduna com a proposta da Reforma Sanitária brasileira que “apóia-se em uma definição ampla de saúde, que procura não usar a doença como referência primordial” (OLIVEIRA, 2008, p.39) e representa um desafio enquanto profissional da Saúde Mental, uma vez que tradicionalmente a mesma apresenta uma frágil articulação com o projeto do SUS, resultando frequentemente em intervenções e estratégias descontextualizadas e etnocêntricas (VILHENA; DIMENSTEIN; ZAMORA, 2000).

Fenômeno complexo e multifacetado, o uso de álcool e outras drogas carece de uma assistência também complexa que envolve intervenção primária (orientações breves e objetivas), identificação precoce, avaliação do estado de saúde e diagnóstico de necessidades, prevenção de recaídas para casos mais graves e muitas vezes, nestas circunstâncias, direcionamento para a abstinência (PILLON; LUIS, 2004).

Pensar em práticas preventivas e reabilitadoras, contextualizadas no projeto do SUS para esta população, significa preparar o PSF (Programa de Saúde da Família), cujo principal pressuposto de ação é a promoção de saúde, para deter o conhecimento dos modelos explicativos e meios que subsidiem sua ação de acordo com as necessidades dos usuários e princípios do SUS, em especial a integralidade da assistência, retirando o foco da doença e da intervenção curativa e ampliando para uma visão mais abrangente das dimensões do processo saúde-doença (ALVES, 2005; PILLON; LUIS, 2004; RONZANI, 2002).

É a partir da investigação, portanto, da formação dos profissionais de saúde, muitas vezes biologicista, fragmentada e especializada que reflete numa prática assim também apresentada que iremos propor neste estudo pesquisar o reflexo das

capacitações em álcool e outras drogas em suas práticas, ressaltando desde já que nosso público investigado se restringiu a enfermeiras por razões que iremos explicitar mais adiante. Apesar de poder representar um viés, por outro lado vemos nisso uma vantagem uma vez que a literatura aponta esta categoria profissional como “agente-chave” no processo de implementação de programas de prevenção ao uso e abuso de drogas e integração social (SILVA et al., 2007).

Responder à questão sobre onde e como a capacitação pode e deve se inserir para aumentar ganhos, reduzir prejuízos e promover mudanças duradouras é nosso grande desafio ao apresentar este estudo.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Avaliar as práticas de prevenção ao uso de risco de álcool e outras drogas adotadas entre enfermeiros da APS.

1.1.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos têm-se:

- Comparar as atitudes, crenças e práticas de prevenção ao uso de risco de álcool e outras drogas entre profissionais capacitados em modalidades presencial, à distância e profissionais não capacitados;
- Identificar potencialidades e barreiras para ações de prevenção ao uso de risco de álcool e outras drogas partindo das ações de enfermeiros da APS.

2 EPIDEMIOLOGIA E POLÍTICA NACIONAL SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), foi um passo significativo para a construção de um arranjo organizacional que oferecesse suporte à efetivação das políticas de saúde. A criação do SUS possibilitou a coordenação e a integração de ações que têm por finalidade o estabelecimento de uma rede de cuidados que possa garantir o acesso de todos a uma assistência integral e equitativa à saúde. Os princípios do SUS, os quais são a “universalidade” do acesso sem discriminação ao conjunto de ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema, a “integralidade”, que pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença contemplando ações de promoção, proteção, cura e reabilitação e a “equidade” que aponta a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços, assim como suas diretrizes: descentralização, regionalização, hierarquização dos serviços e participação comunitária, descritos por Vasconcelos e Pasche (2007), foram incorporados à construção da política nacional para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004a).

O consumo de álcool e outras drogas têm aumentado mundialmente nos anos recentes, sendo este aumento de suficiente magnitude para justificar uma abordagem de saúde pública para intervenções precoces (WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002). Além disso, devido a este ser um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo torna-se necessária a construção de políticas públicas eficazes que possam alcançar o enfrentamento desta problemática (BRASIL, 2004a). Deste modo, o Ministério da Saúde publicou, em 3 de maio de 2002, a Portaria n. 816, de 30 de abril de 2002 (BRASIL, 2002a), e a Portaria n. 305, de 30 de abril de 2002 (BRASIL, 2002b), as quais desenvolveram diretrizes para a política de álcool e outras drogas, propondo um conjunto de ações sistemáticas relativas ao tratamento e prevenção no campo de álcool e outras drogas.

Dados recentes apresentados no I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (LARANJEIRA, et al., 2007), uma iniciativa do governo federal (SENAD) e pesquisadores da Unidade de Pesquisa em

Álcool e Drogas (UNIAD) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), confirmam que do total da população brasileira com 18 anos ou mais, 3% faz uso nocivo (padrão de uso que já está causando dano físico ou mental à saúde e muitas vezes associado a vários tipos de consequências sociais adversas, segundo o CID -10) e 9% é dependente de bebidas alcoólicas, somando um total de 12% da população brasileira com problemas com o álcool, índice este muito significativo em termos de saúde pública.

Os danos relacionados ao consumo extrapolam as mortes e doenças, e relacionam-se à violência doméstica, lesões corporais, tentativas e homicídios consumados, conflitos interpessoais, acidentes com automotores (em geral homens jovens, até os 25 anos de idade, longe do estereótipo do dependente crônico, segundo pesquisas em países desenvolvidos) e intoxicações.

Em relação aos adolescentes entre 14 a 17 anos, o estudo mostra que as bebidas alcoólicas são as substâncias psicoativas mais consumidas por eles, e que 35% dos mesmos consomem bebidas pelo menos uma vez no ano e 24% destes adolescentes bebem pelo menos uma vez no mês. Quase metade dos meninos que beberam no último ano consumiu 3 doses ou mais numa única ocasião, o que pode caracterizar um consumo chamado *binge* (acima de 5 doses para o homem e 4 doses para a mulher), que pode trazer sérias consequências, como praticar sexo sem proteção, acidentes, risco de suicídio ou homicídio (FADEM, 2005 apud LARANJEIRA et al., 2007).

A passagem do uso de baixo risco de substâncias psicoativas para um padrão de uso nocivo ou de dependência muitas vezes é difícil de ser detectada, e o conceito de uso problemático de álcool não se aplica apenas ao dependente, ou àquele paciente que chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) com hálito etílico ou apresentando comportamentos inadequados. Por isso, o uso problemático de álcool foi escolhido pelo Ministério da Saúde como componente da lista dos dez problemas de saúde a serem priorizados pelo Programa de Saúde da Família, em função do reconhecimento do problema como muito expressivo em termos de saúde pública, como já dito anteriormente, mas principalmente numa tentativa de se incentivar práticas de detecção precoce, prevenindo danos causados pelo uso do álcool (MINTO et al., 2007; RONZANI, 2005).

A Portaria GM/MS n. 816, de 30 de abril de 2002 (BRASIL, 2002a), já destacava a necessidade de ampliar a oferta de atendimento a essa clientela na

rede do SUS, bem como a necessidade de reformulação e adequação do modelo de assistência oferecida pelo SUS ao usuário de álcool e outras drogas, aperfeiçoando-a e qualificando-a. Esta portaria torna claro que se deve promover a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários. Assim, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, tem por objetivos: aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde, representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas; organizar / regular as demandas e os fluxos assistenciais; promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental locais.

Em junho de 1998 foi criada, no Brasil, a Secretaria Nacional Antidroga (SENAD), responsável por articular, coordenar e integrar as ações intersetoriais na área da redução de demanda de drogas e fortalecer a Política de drogas no país, que veio a ser finalmente instituída em 26 de agosto de 2002, por meio do Decreto n. 4.345 de 26 de agosto de 2002 (BRASIL, 2002c), com o nome de Política Nacional Antidroga (PNAD). Até então, intervenções por grupos isolados eram feitas na tentativa de lidar com o aumento do consumo de álcool e outras drogas. Mas, a partir da elaboração da PNAD, foram traçadas as diretrizes para uma Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, em sintonia com as propostas e pressupostos da Organização Mundial de Saúde (OMS), enfatizando o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem à prevenção, a promoção e a proteção à saúde.²

Dentre as principais diretrizes para o enfrentamento da problemática em questão, estão as práticas preventivas no nível da Atenção Primária à Saúde (APS). É onde se pode responder de maneira mais oportuna às necessidades de saúde da população e é onde os profissionais têm contato com grande número de pessoas que deveriam ser abordadas em relação à forma como usam álcool e outras drogas, devido ao fato de já apresentarem algum tipo de problema relacionado ao consumo. Podendo assim evitar que muitos deles evoluam para um quadro de dependência da

² A Secretaria Nacional Antidroga foi criada em 19 de junho de 1998 pela Medida Provisória n. 1669 e pelo Decreto n. 2632, mas a partir de 2008 passa a se chamar Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Assim como muda também a denominação da PNAD: de Política Nacional Antidroga para Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, [S.d.]).

substância ou problemas associados ao uso da substância (BRASIL, 2004a; RONZANI, 2005).

Pensar e discutir políticas e estratégias de capacitação para os profissionais do SUS torna-se muito relevante, pois estas integram um amplo espectro de ações de prevenção, que vão desde a regulação da disponibilidade física do álcool, passando pela fiscalização do beber e dirigir até as chamadas estratégias educacionais (BABOR, 2003; EDWARDS et al., 2003 apud LARANJEIRA, et al. 2007).

Refletir sobre a capacitação do profissional de saúde para atuação na prevenção ao uso de risco de álcool e outras drogas fora do contexto de uma política de formação do profissional de saúde seria reproduzir a prática fragmentada da saúde no Brasil, que iremos discorrer mais adiante.

Como defende Ceccim (2005), a capacitação dissociada de uma política macro, sem princípios e diretrizes definidas, se traduz por prescrição de trabalho, sem assessoramento local, distante da singularidade, posicionando-se contrária aos princípios da Educação Permanente em Saúde, enquanto processo educativo incorporado à prática cotidiana que visa estabelecer ações intersetoriais (formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde) inseridas dentro da realidade e com exercício da capacidade crítica diante das tecnologias e de análise da prática do cotidiano do trabalho.

O autor defende que assegurar à área de formação dos trabalhadores em saúde um lugar central, e não mais secundário, parece impostergável, em função da velocidade com que conhecimentos e tecnologias se renovam, além do predomínio da formação de base centrada em aspectos biológicos e tecnológicos da assistência.

Ao aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria n. 648/06 de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006), o Ministério da Saúde estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica no Programa Saúde da Família (PSF) e no Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, ao caracterizar a Atenção Básica, aponta que a mesma utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território e a situa como contato preferencial do usuário com o sistema de saúde. Dentre os fundamentos da mesma está a valorização dos profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento

constante de sua formação e capacitação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação (BRASIL, 2006).

3 A CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL DA APS PARA ATUAÇÃO EM PREVENÇÃO AO USO DE RISCO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Tradicionalmente, as pessoas dependentes de drogas psicoativas só são alvo de algum tipo de tratamento ou intervenção, quando se encontram bastante comprometidas, tanto do ponto de vista físico, quanto psicossocial, pelo uso da droga. Ainda que seja reconhecido que a probabilidade de recuperação nestes casos é muito baixa, pouco se tem feito visando àquelas pessoas que se encontram num estado intermediário, ou seja, que começam a apresentar problemas pelo uso indevido de drogas, mas ainda não se tornaram dependentes (FORMIGONI, 1992). Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde apoiou o desenvolvimento de instrumentos de triagem, os quais são ferramentas importantes para identificar qual o nível de uso, auxiliando o profissional de saúde a definir a estratégia de intervenção mais adequada (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

Um dos instrumentos desenvolvidos é o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) citado por Saunders e outros (1993), usado para detectar padrões de uso excessivo de álcool e problemas associados e tem se mostrado muito útil para introduzir intervenções preventivas. Este instrumento foi validado para países em desenvolvimento, e vem demonstrando um desempenho de igual ou melhor precisão em comparação com outros testes de rastreamento (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001). Sua aplicação é breve e fácil, em termos de sua estrutura e formato, toma menos do que cinco minutos para a maioria dos pacientes. É compatível com a APS, sendo aceitável por diferentes tipos de pacientes, em diferentes ambientes e culturas. Assim, acredita-se que a utilização do mesmo poderá promover, além de uma melhor precisão da demanda, a organização e o esclarecimento da possibilidade de atuação de cada órgão ou instituição que faz parte da rede de atendimento ao usuário de álcool e outras drogas.

Com a detecção do padrão de consumo de álcool através da aplicação do AUDIT, pode ser realizada uma intervenção adequada para cada nível de uso da substância. A Intervenção Breve (IB) é uma abordagem relacionada à prevenção primária ou secundária para usuários de álcool e outras drogas, de base cognitivo-comportamental (NEUMANN, 1992), cujo foco é a mudança de comportamento do paciente, através de um atendimento com tempo limitado e que pode ser realizado

por profissionais de diferentes formações, sendo considerada a melhor entre a lista dos dez melhores métodos de tratamento dos transtornos de abuso de álcool com base em ensaios controlados (DE MILLER; WILBOURNE, 2002 apud EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Na APS, a IB pode ser uma ferramenta útil para a abordagem de pessoas com uso nocivo ou de risco de substâncias psicoativas ou ainda encorajar as pessoas com dependência a aceitarem o encaminhamento para o tratamento especializado em cidades onde haja a disponibilidade deste serviço ou mesmo para grupos de mútua ajuda (como os grupos anônimos, por exemplo).

O objetivo da IB na Atenção Primária é promover a percepção do paciente de que o uso da substância está colocando-o em risco e encorajá-lo a reduzir ou deixar o uso a partir de estratégias e metas construídas entre o profissional e o paciente. Existem evidências substanciais dos benefícios da triagem e intervenção breve para o problema do uso de álcool nos serviços de Atenção Primária à Saúde (ACADEMIC ED SBIRT RESEARCH COLLABORATIVE, 2007; BABOR et al., 2005; BABOR et al., 2007; BERTHOLET et al., 2005; HENRIQUE et al., 2004; KANER et al., 2007; KANER et al., 2009; KOPSTEIN, 2007; WHO BRIEF INTERVENTION STUDY GROUP, 1996; WUTZKE et al., 2002).

Pesquisas apontam que intervenções breves também podem ser efetivas neste contexto para outras drogas que não o álcool, pois evidências atuais sugerem que a mesma pode funcionar para maconha, benzodiazepínicos, anfetaminas, opióides e cocaína (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

As estratégias que foram criadas para o diagnóstico, intervenção breve e encaminhamento para tratamento, nos casos graves, (*SBIRT- Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment* - Diagnóstico, Intervenção Breve e Referenciamento para Tratamento), vêm sendo testadas nos últimos vinte anos em Atenção Primária e outros locais da prática médica em geral (hospitais, serviços de urgência e emergência, ambulatórios, etc.), mostrando-se bastante efetivas (redução de 13%-34% de doses por semana e aumento de 10%-19% de pessoas bebendo moderadamente e em níveis de baixo risco) sendo recomendadas a fazerem parte da rotina na prática clínica, como mostra estudo empírico realizado por *The Academic ED SBIRT Research Collaborative* (2007), em 14 departamentos de emergência (ED's) de hospitais de ensino de universidades de regiões urbanas e suburbanas dos Estados Unidos, onde os profissionais de saúde foram treinados a

aplicar a SBIRT em suas rotinas, através de duas horas de *workshop* presencial, com simulação de casos ou módulo via internet, sendo acompanhados e avaliados em pós-teste de 3 e 12 meses. O estudo também avaliou o impacto do treinamento nas crenças e práticas dos profissionais, e evidenciou mudanças positivas neste sentido, porém houve atenuação do mesmo, como mostrou o pós-teste de 12 meses, tendo identificado barreiras como falta de suporte institucional e de supervisão contínua da prática do SBIRT.

Muitos estudos compõem uma base de dados expressiva e consistente em relação à efetividade da aplicação da SBIRT nos serviços de APS e outros serviços de saúde, que integram a rede de assistência, porém em países desenvolvidos (MINTO et al., 2007). O investimento em pesquisas nos países em desenvolvimento, como o Brasil, é escasso, especialmente em relação à metodologia utilizada na capacitação dos profissionais de saúde - prevista pela Portaria n. 648 (BRASIL, 2006) e menores ainda no tocante ao campo das adições.

A SENAD, no cumprimento de seu papel de articuladora institucional e visando a implementação de ações de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, promoveu um projeto multicêntrico nacional de educação continuada à distância, para capacitar profissionais que atuam na saúde no uso de instrumentos de detecção do uso abusivo de álcool e outras substâncias e na realização de intervenções breves. Em parceria com o Ministério da Saúde e diversas Universidades, executaram a proposta ao final de 2006 e início de 2007 (três meses de curso, com carga horária de 90 horas), o chamado projeto SUPERA (Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção social e Acompanhamento) (SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS, 2006), que nesta primeira edição contou com 4.925 profissionais inscritos e já se encontra na terceira edição, somando 15.000 profissionais treinados (RODRIGUES, 2009; SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS, 2006).

A proposta é direcionada principalmente aos profissionais da APS e aqueles que trabalham em unidades de tratamento, como os CAPS AD e tem como objetivos principais capacitar estes profissionais para uma prática mais resolutiva e efetiva, com atendimento mais qualificado (SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS, 2006).

O curso é gratuito e todo material é fornecido pela equipe do SUPERA. Em processo interativo, os alunos podem ter acesso a tutores para solução de dúvidas e debates, assim como a teleconferências com especialistas.

Cabe ressaltar que a formação do profissional de saúde ainda está voltada principalmente para práticas de reabilitação e, especificamente sobre a questão do uso de substâncias psicoativas, a formação do profissional de saúde é ainda mais deficitária, tanto nos países desenvolvidos, quanto naqueles em desenvolvimento (LUIS et al., 2004). Acerca da demanda de pacientes que apresentam algum transtorno por conta do uso indevido do álcool e outras drogas, que somam 20% dos pacientes atendidos em ambulatórios, apenas 5% são diagnosticados (KLAMEN, 1999), embora a promoção e a prevenção estejam referidas na política do Ministério da Saúde, não há uma definição clara ou objetiva das estratégias de ação para cada nível, ocorrendo muitas vezes subnotificação de casos e negligência de cuidados (BALLBÈ et al., 2009; RONZANI, 2005; RONZANI, 2008). Tais fatores denotam a relevância da proposta de uma capacitação para os profissionais da APS no que se refere às estratégias de prevenção ao consumo de álcool e outras drogas.

O curso SUPERA apresenta-se na modalidade de Educação à Distância (EaD), como alternativa de assegurar a Educação Permanente. A EaD possibilita criação de múltiplos ambientes de ensino, de aprendizagem e de avaliação, contribuindo para a democratização do saber (GARCIA; BAPTISTA, 2007). Utiliza material impresso apoiado por transmissão em televisão, fitas de vídeo e áudio, CD-ROM, *kits* de material experimental, orientação por computador, videoconferências, teleconferências, correio eletrônico, Fórum, *chat*, orientações presenciais e por correspondência. No Brasil alcançou impulso com a Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei n. 9394, aprovada em 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996), passando a modalidade regular do sistema educacional brasileiro (OLIVEIRA, 2007).

Porém, o estudo à distância não é um recurso usado somente nos tempos atuais, há registros de cursos por correspondência, na Inglaterra, por volta de 1840, mas a difusão deste recurso se deu nos últimos vinte anos, apresentando-se em duas grandes categorias, segundo Mattheos e outros (2001): EaD na graduação (incluída no currículo tradicional ou extracurricular) e EaD na pós-graduação (como recurso da educação continuada; em estudos avançados, como no Mestrado, e para desenvolver habilidades e competências específicas).

Métodos adequados para avaliação do processo de EaD ainda não estão bem definidos e como afirma Kreideweis (2005), muito pouca ênfase ainda é dada aos indicadores de sucesso. Avaliar a EaD não é apenas avaliar o uso da tecnologia na educação, mas sim todos os recursos que a envolvem, pois muitas vezes há orientações presenciais, ainda com compartilhamento de tempo e espaço entre professor e aluno, como na versão tradicional de ensino onde muito se reforçava o modelo “reprodutivista” (OLIVEIRA, 2007), desfavorável à postura crítica. Porém, este modelo ainda é muito usado na educação em saúde, provavelmente devido a fatores como falta de habilidade dos profissionais no manejo do computador, resistência aos programas de educação à distância e indisponibilidade de equipamentos e conexão à internet (YU; YANG, 2006).

Na disseminação de estratégias de prevenção ao uso de risco de álcool e outras drogas muito se tem feito ainda exclusivamente dentro desta perspectiva, de treinamentos presenciais, provavelmente pelos motivos descritos acima e apesar de haver referência na literatura sobre ausência de diferença significativa de resultados de aprendizagem entre o modelo à distância e o tradicional presencial (HANSON; MAUSHAK, 1996; HOBBS et al., 1998 apud MATTHEOS et al., 2001; RUSSELL, 2001 apud WILD; WIGGINS, 2006), muito ainda se critica sobre a forma como estas práticas são avaliadas, como no artigo de revisão apresentado por Mattheos e outros (2001) em que argumenta que não podemos ainda defender um modelo ou outro, devido ao fato de muitos estudos apresentarem como forma de avaliação de resultados (mudanças em habilidades e conhecimentos dos participantes) questionários de auto-avaliação, sem nenhum outro julgamento externo, o que pode acarretar muitos vieses.

Contudo, no Brasil, instituições envolvidas com a capacitação de lideranças e profissionais dos serviços, como a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) vêm promovendo uma profunda mudança em seus programas de ensino, pesquisa e cooperação técnica, além de seus mecanismos de difusão, justamente para atender a este novo contexto, com prevalência cada vez mais elevada de doenças e fatores de risco relacionados a estilos de vida, ampliando a oferta de ações de prevenção e promoção de saúde, exigindo inovações de informação e comunicação, revisando seus cursos presenciais e introduzindo a educação à distância, com resultados preliminares animadores (BUSS, 1999).

Avaliar o que já vem sendo feito no país em termos de capacitação dos profissionais de saúde da APS para detecção e intervenção dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas torna-se premente, já que recursos são investidos na expectativa de mudar um quadro de omissão em relação a diagnóstico e tratamento.

O Brasil e a África do Sul foram indicados pela OMS em 2002 para servir como centros de desenvolvimento de um projeto de implementação das intervenções breves nos países em desenvolvimento e visa principalmente avaliar os fatores envolvidos na implementação de treinamento, aceitação e adoção da estratégia pelos serviços de saúde. Nesta iniciativa várias universidades brasileiras estão envolvidas, como a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto - USP/RP - e a Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF (MINTO et al., 2007).

Dentro desta perspectiva, parte do trabalho realizado pelo grupo da UFJF acima citado, aconteceu em três municípios da Zona da Mata Mineira, e integrou um projeto denominado “Disseminação de Práticas de Prevenção ao Uso de Risco de Álcool em Serviços de APS da Zona da Mata Mineira”, de implementação de estratégias de prevenção ao uso de risco de álcool na rotina de serviços de APS de municípios de pequeno porte (menos de 100.000 habitantes), financiado pelo CNPq, Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT 23/2006 – Estudo de Gestão em Saúde, processo 408753/2006-4. O estudo realizado passou por várias etapas, entre contatos com os gestores dos municípios, divulgação nas comunidades locais, capacitação presencial de 8 horas envolvendo 113 profissionais ao todo e acompanhamento por seis meses após a realização do treinamento, finalizando este processo em junho de 2007.

Os obstáculos na implementação destas práticas de prevenção ao uso de risco de álcool e outras drogas já são conhecidos, e diversos estudos os apresentam, assim como apontam que a incorporação das práticas à rotina dos serviços de APS é um processo a longo prazo (NILSEN, 2006). Ressalta-se, inclusive, que o acompanhamento do processo nos serviços é fundamental para a efetiva implementação do mesmo (FUNK et al., 2005; GOMEL et al., 1998; LOCK; KANER, 2000).

3.1 Crenças e atitudes: barreiras no caminho da capacitação?

Sabe-se que as atitudes do profissional em relação à determinada situação têm uma relação direta com a qualidade do atendimento, adesão ao tratamento e atividades de prevenção (RONZANI; FORMIGONI, 2008). Estas podem influenciar negativamente a implantação de tecnologias de ensino, na prática clínica.

Dovidio, Major e Crocker (2003) propõem uma visão a respeito do que influencia a mudança de atitude, e explicam que a mesma é composta por três elementos: afetivo, cognitivo e comportamental. O sistema afetivo é mais primitivo e fundamental, mais rápido e difuso. Enquanto que o sistema cognitivo é mais lento e deliberativo, elaborativo e direcionado. Já as reações comportamentais podem preceder a experiência afetiva tomadas pela deliberação cognitiva, podem ser consequência das reações afetivas ou dos esforços cognitivos ou de ambos. Contudo, o processo em geral não se apresenta de forma separada, mas sim como afetivo-cognitivo-comportamental.

Uma vez definida como uma organização duradoura de crenças e cognições, dotada de uma carga afetiva a favor ou contra algo (CAVAZZA, 2008), as atitudes predisõem a uma ação e precisam ser avaliadas e consideradas no processo de capacitação, já que esta estrutura *a priori* irá influenciar a elaboração da informação e o comportamento subsequente.

Especialmente no que concerne a álcool e outras drogas, está presente um processo chamado de estigmatização, que reflete a mistura e a interação destes processos (afetivo-cognitivo-comportamental) que estão associados com estereótipos consensuais (coletivos),³ e são acessados espontaneamente, influenciando na forma como a informação é processada, codificada, armazenada e acessada (DOVIDIO; MAJOR; CROCKER, 2003).

Segundo Neuberg, Smith e Asher (2003), devemos considerar a prática da estigmatização como manifestação comportamental de um processo cognitivo em que o indivíduo é marcado como possuidor de uma característica negativa, e passa a ser definido em termos deste atributo negativo. Esta marca é transcultural, muitas

³ Estereótipo e estigmatização não estão sempre associados. Estereótipos podem existir sem estigmas. Por exemplo, em alguns estereótipos positivos – aqueles relativos a pessoas fisicamente atraentes. Estereótipos são considerados como conjunto de crenças consensuais sobre um determinado grupo, excessivamente rígidas e resistentes a mudanças (BIERNAT; DOVIDIO, 2003).

vezes, como por exemplo nos casos de distorções faciais, doença mental e homossexualidade e produz reações afetivas, cognitivas e comportamentais essencialmente negativas e espontâneas (STANGOR; CRANDALL, 2003). Os estereótipos são compreendidos como causa e consequência da estigmatização e devem ser considerados e melhor avaliados na sua relação com as atitudes e motivações.

Parte deste processo se deve às crenças, que são entendidas como uma “representação mental simbólica que temos acerca de fatos, pessoas, condições do mundo, mas também de nossas condições internas, configuradas como expectativas, desejos, motivações, conflitos, sentimentos e aspirações” (KRÜGER, 2004). Segundo Krüger (2004), existe uma personalidade na experiência originadora de uma crença, que é formulada no âmbito da percepção, raciocínio, pensamento e imaginação. Ela depende e é condicionada, segundo o autor, pelas atitudes, motivação, habilidades cognitivas, conhecimento, atenção e outros processos psicológicos particulares.

A crença é uma representação mental que a pessoa tem de algo, que não corresponde necessariamente à realidade, à experiência, mas que exerce influência na ação individual e coletiva e está manifesta tanto na etiologia de distúrbios mentais (BECK et al., 1993; KRÜGER, 2004) quanto, por exemplo, nos comportamentos e práticas em saúde, onde os profissionais tendem a compartilhar estas crenças, assim como sentimentos e comportamentos, para se sentirem pertencentes ao seu grupo (ROKEACH, 1981; RONZANI, 2007).

O estudo das crenças é muito relevante uma vez que estas produzem consequências na cognição, afeto, comportamento e personalidade e são passíveis de receber tratamento metodológico descritivo, analítico e avaliativo (KRÜGER, 2004), contribuindo muito para a compreensão de processos, como o citado acima, a estigmatização.

“Avaliar as crenças, atitudes e comportamentos são fundamentais para entender como algumas práticas são mantidas e quais estratégias de mudança serão efetivas.” (RONZANI, 2007, p.42).

Portanto, em face das atitudes serem decorrentes de processamento afetivo-cognitivo-comportamental, a forma como as crenças e cognições estão organizadas, nos serviram de parâmetro neste estudo para compreender a prática do profissional de saúde ao lidar com o usuário de substâncias psicoativas, sabendo do impacto

que o estigma que envolve o usuário de drogas pode oferecer, devido à conotação moral que envolve o tema, gerando uma coerência entre sistema de crenças, reação afetiva e comportamento. Podemos pensar que alterar atitudes necessariamente depende de alterar este processo, que não é nada simples e muitas vezes insensível à mera informação.

Segundo Fazio (1995) quanto mais acessíveis as atitudes são, mais conseguem exercer sua principal função, que segundo ele é a de orientar o conhecimento, pois são entendidas como estruturas cognitivas que filtram a percepção e interpretação da situação. Portanto, ao avaliar as atitudes dos profissionais relativas a álcool e outras drogas, podemos observar possíveis barreiras na assimilação de práticas de prevenção para as quais, por ventura, tenham sido treinados.

Pensar na implementação de estratégias preventivas ao uso abusivo de álcool e outras drogas precisa ser pensar em estratégias que visem mudança de atitudes, conhecimento e habilidades dos profissionais, que sejam contextualizadas e correlacionadas às ações de saúde pública, pois treinamentos isolados não mudam práticas (RONZANI; FORMIGONI, 2008).

Não cabe aqui aprofundar nesta temática, que merece um estudo à parte, mas é devido o destaque às atitudes e crenças uma vez que sabidamente é nesta estrutura que o processo educativo irá atuar.

3.2 A inserção do tema álcool e outras drogas no contexto da saúde

Reconhecidamente necessária na formação complementar do profissional de saúde, a capacitação para atuar na prevenção ao comportamento abusivo em álcool e outras drogas está prevista na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas:

Quanto à capacitação, devem ser ampliadas as atividades do Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços de Atenção aos Usuários de Drogas na Rede do SUS do Ministério da Saúde, capacitando não apenas os profissionais que atuarão nos CAPS AD, como também os que atuam nas demais unidades assistenciais, atividade também extensiva ao PSF e PACS, contemplando também a capacitação para profissionais de nível médio que atuem na assistência aos problemas relacionados ao uso do álcool. É fundamental o desenvolvimento, em ação conjunta com o Ministério da Educação, a modificação do currículo dos cursos de graduação na área da saúde, exigindo a abordagem dos problemas relacionados ao uso do álcool. (BRASIL, 2004a, p.18).

Em estudo publicado em 2007, sobre avaliação de impacto gerado no processo de trabalho dos enfermeiros que participaram de curso de Especialização em Projetos Assistenciais em Enfermagem, Backes e outros (2007) ressaltam que as políticas de saúde são

[...] uma maneira da sociedade se organizar para tratar a questão da saúde de seus membros, pois estrutura-se como um ato de comunicação, uma vez que independente do local onde o enfermeiro trabalha e, por mais que lhe pareça estar longe das questões e das decisões políticas, tais políticas fazem parte e interferem na prática da Enfermagem. (BACKES et. al., 2007, p.728).

Em se tratando de álcool e outras drogas, na prática, “onde as políticas de fato se materializam” (ALVES, 2005, p.39) observa-se o que Laranjeira e Romano (2004, p.77) chamaram “política de bastidores”, onde parece não haver transmissão de informação científica, monitoramento de resultados e nem preocupação com a correspondência às necessidades da população consumidora final das políticas.

A capacitação, como descrita na Portaria n. 648 de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) que regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece diretrizes para o PSF e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), torna-se crucial na implantação da política, uma vez que visa “desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica.”⁴ No entanto, muitos fatores concorrem para a efetivação de políticas de saúde em geral.

⁴ c.f. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006, seção 1, p.71. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Item 2.1, X.

Como ressalta Ronzani (2007), ao discutir sobre as deficiências advindas da formação de base dos profissionais de saúde, cujas escolas, ou mais especificamente os professores, apesar de ressaltarem a importância da formação e preparo dos alunos para uma prática ampliada, generalista voltada para ações de APS, onde é pautada a política de saúde no Brasil, ainda compartilham de crenças e atitudes contrárias a esta perspectiva, numa lógica flexneriana, centrada no hospital, no laboratório, na especialidade, nos “programas” e não nos problemas (MENDES, 1996). Portanto, as políticas orientam as ações, mas sozinhas não mudam práticas, pois estas refletem em geral um contexto, onde interagem determinados grupos sociais com suas tradições, interesses, valores e ideologias (GUARESCHI apud RONZANI, 2007; RONZANI, 2007).

Os CAPS AD são apontados como “eixo central da política nacional de saúde mental para o setor das drogas lícitas e ilícitas” (BRASIL, 2004a, p.63), são os “apoiadores matriciais” (CECCIM, 2005, p.166), responsáveis por um grande desafio que é a incorporação no PSF de práticas de avaliação dos problemas relacionados a álcool e drogas.

Dentro da lógica de priorização de recursos, onde “quem mais precisa é quem deve receber primeiro”, alguns eventos, devido a sua gravidade e impacto social e financeiro merecem atenção e Saraceno (2001, apud ALVES, 2009) afirma que ao se organizar um programa de saúde pública a ordem de prioridades deveria ser a seguinte: psicoses, dependência química, grave dependência institucional e deficiência mental.

No entanto, a incorporação de programas da saúde mental na saúde da família ainda é uma utopia, uma vez que estudos comprovam que as pessoas com problemas mentais são percebidas como mais responsáveis por sua condição do que aquelas que sofrem de câncer, problemas cardíacos ou outras doenças (CORRIGAN et al., 2005), o que contribui para o processo de estigmatização do usuário, influenciando as atitudes e, conseqüentemente, a prática dos profissionais de saúde assim como as políticas públicas (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009).

Estudos confirmam que a estigmatização assim como a percepção pelos profissionais de saúde de que o uso de álcool e outras drogas é um problema de ordem moral, portanto de foro íntimo, contribuem para a compreensão de que seja

algo relativo à vida privada, portanto não deva ser abordado no contexto de saúde. (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009; AIRA et al., 2003).

As capacitações devem considerar esta problemática, uma vez que se dispõem a treinar profissionais para atuarem no campo da saúde quando, no entanto eles muitas vezes não reconhecem os problemas relativos a álcool e drogas como pertencentes a esta esfera. A ausência deste conteúdo no currículo das faculdades, ou mesmo o perfil do professor, suas crenças e atitudes acabam perpetuando aspectos cognitivo-comportamentais (crenças, comportamentos) uma vez que se sabe que o processo de identificação dos alunos com determinados aspectos de sua formação se dá pela forma como os grupos profissionais percebem, valorizam ou desvalorizam determinadas práticas (RONZANI, 2007).

Segregados ao universo das capacitações, ou no máximo às especializações, as discussões e o tratamento dos problemas relacionados ao assunto passam a ser, portanto, compreendidos como uma inovação entre as estratégias de prevenção, ao invés de poderem ser tratados, como sugerem Aira e outros (2003), entre outros fatores de risco no estilo de vida na medicina geral, o que facilitaria a compreensão da importância de inclusão de questões sobre uso de álcool e drogas na rotina, ao colher dados numa anamnese.

E como toda inovação no campo social, da saúde, ou educação pode correr o risco de se tornar apenas mais um modelo de prática a ser engavetado. Salveron, Arney e Scott (2006) discutem este assunto em artigo que apresenta fatores e estratégias que facilitam a sustentabilidade de inovações efetivas encontradas em serviços para crianças e famílias na Austrália, assim como fatores que impedem que a inovação seja disseminada e forneça base para um *guideline* (uma diretriz).

A começar pela dificuldade em realizar estudos randomizados controlados no setor saúde por razões éticas e práticas, que possam definir um padrão ouro, especialmente na saúde mental, passando pelas dificuldades típicas da estrutura do sistema, os autores apontam para a necessidade de que as inovações sejam reconhecidas como parte de um processo rigoroso e sistemático de “inovação-avaliação-disseminação e transplante” (SALVERON; ARNEY; SCOTT, 2006; SCOTT, 2006).

A inovação em si deve apresentar sucesso, ser compatível com a realidade daquele serviço, ser passível de comprovação, com resultados observáveis e apresentar vantagens sobre a prática corrente. As inovações menos complexas de

serem compreendidas e utilizadas e que apresentam flexibilidade para serem adaptadas a diferentes condições são mais fáceis de serem disseminadas em diferentes contextos (SALVERON; ARNEY; SCOTT, 2006; SCOTT, 2006).

Segundo estes autores outros fatores contribuem para a disseminação de inovações, como as características individuais daqueles que disseminam informações, pois sabe-se que alguns “líderes de opinião” (SALVERON; ARNEY; SCOTT, 2006, p.42) têm mais influência do que outros neste papel. Eles trazem consigo suas atitudes, crenças, valores, habilidades e experiências pessoais e aqueles que são mais dispostos a aderirem a inovações são mais aptos a transmiti-las. As razões pelas quais indivíduos descontinuem na prática de inovações é que ainda são relativamente desconhecidas devido a uma deficiência de pesquisas na área, em função da dificuldade de medir descontinuidade. A maioria dos estudos são retrospectivos e com isso carregados de vieses.

As características das organizações também se apresentam como fator importante, senão muitas vezes determinante, no processo de difusão e adoção de inovações, segundo Salveron, Arney e Scott (2006). Sua abertura para novos conhecimentos e o contexto favorável a mudanças expressos através da cultura organizacional, visão estratégica, boas relações dentro da organização, um líder forte e proativo focado em transmitir novos conhecimentos favorecerão este processo. Os autores ainda ressaltam que a educação profissional é um importante veículo para difundir inovações, muitas vezes apontando mudanças que já tenham ocorrido na prática e em outras, liderando estas mudanças, por exemplo, como resultado de pesquisas em universidades.

Pesquisas sobre a influência do ambiente na adoção de inovações são mais recentes, segundo Salveron, Arney e Scott (2006) e apontam que serviços de saúde são parte integrante de um amplo contexto sociopolítico. Portanto, as inovações são obviamente influenciadas por fatores financeiros, sociais e políticos. Ressaltam que muitas vezes a decisão por adotar uma inovação sofre mais influência da pressão do grupo e de modismos do que propriamente pela evidência do suporte de seu uso. E ainda salientam o relacionamento entre as organizações e a rede de políticas, assim como a legislação, a competição entre organizações e aquisição de prestígio são fatores decisivos no tocante ao ambiente, para adoção de inovações.

Dentro da perspectiva de maior adesão a inovações que tenham base em estudos randomizados por parte de profissionais de saúde na área de prevenção ao

uso de risco de álcool e outras drogas, as estratégias Cognitivo-Comportamentais têm recebido atenção destacada como estratégia de saúde pública em muitos países (ASSISTÊNCIA [...], 2009; BLUMENTHAL; MATTHEWS; WEISS, 1994; MARLATT et al., 1999; NEVES NETO, 2001; PERIAGO, 2005; SCHACHT, 2006; SOUZA, 2007; VAN BOEIJEN et al., 2005; WIEBE; GRIEVER, 2005), pois ao adotar uma conceitualização essencialmente biopsicossocial aos problemas de saúde, numa compreensão do ser humano como agente sobre seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, adotando critérios diagnósticos universais (CID - 10 e DSM - IV), a TCC coaduna com o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde: “estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946) e favorece o trabalho interdisciplinar ao aplicar empiricamente intervenções frente a diagnósticos realizados por meio de entrevistas e escalas ou inventários válidos. Em contraposição às práticas hegemônicas ainda vigentes que reforçam a idéia de “tratar-se a doença” desconsiderando a importância da identificação mais abrangente das necessidades dos cidadãos.

3.2.1 Uma estratégia de inserção

A realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, confirmou posições anteriores que clamavam pela adoção de um modelo comunitário de tratamento para pessoas com problemas com álcool e outras drogas. Neste contexto acontece no âmbito governamental a incorporação das estratégias de redução de danos como intervenção importante de saúde pública.

Em 2003, com a publicação da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (sintone com as propostas e pressupostos da Organização Mundial de Saúde) na qual fica evidente a posição do SUS em atender essa demanda, a redução de danos aparece como estratégia fundamental e diretriz para o planejamento de propostas e ações preventivas em álcool e outras drogas (BRASIL, 2004a; AS TRANSFORMAÇÕES..., 2009).

A redução de danos é um movimento internacional, que surgiu em resposta ao avanço da AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome* – Síndrome da imunodeficiência adquirida) na década de 80, e foi reconhecida como estratégia prática e adaptativa para reduzir o risco da transmissão do HIV (*Human Immunodeficiency Virus* – Vírus da Imunodeficiência Humana) entre usuários de drogas injetáveis naquele período (MARLATT et al. 1999).

Neste momento, o usuário de drogas torna-se o protagonista das ações o que contribuiu para uma nova visão dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, uma vez que o usuário deixa de ser caso de polícia e passa aos cuidados da saúde pública, que visualiza ações consistentes de prevenção, com diretrizes claras e testadas em muitos países e principalmente, tira o foco da abstinência, que deixa de ser a única opção aceita no tratamento, mas passa a ser uma entre as tantas possibilidades no espectro da recuperação, tornando-se, portanto uma estratégia para inserção do usuário no sistema de saúde assim como um caminho para inserção do tema álcool e drogas no contexto da saúde pública.

A redução de danos apresenta-se como alternativa economicamente viável a países em desenvolvimento e é apresentada na literatura não somente como compatível com as abordagens de base cognitivo-comportamentais, mas também como ratificada e respaldada por estas (CARLINI, 1999; SALKOVSKIS, 2005) uma vez que elas baseiam-se na premissa de que é o problema com o álcool e as drogas que deva ser tratado (comportamento aprendido), em contraposição à visão psicanalítica, muitas vezes ainda vigente no Brasil, (CARLINI, 1999) de que o uso de álcool ou drogas é um sintoma ou símbolo de um conflito ou neurose psicodinâmica subjacente, caracterizando-se, portanto como uma doença (adicção) (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Dados de 2003 confirmam uma parceria de sucesso entre as intervenções breves e as estratégias de redução de danos no Brasil quando a participação de usuários de drogas injetáveis entre casos identificados de AIDS caiu de 29,5% em 1993 para 13% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005 apud DE MICHELI; CRUZ, 2006).

Os princípios de ambas - redução de danos e intervenções breves - apresentam-se consonantes, pois acima de tudo visam capacitar o indivíduo (pacientes do serviço de saúde) para o exercício da autonomia, estimulando indivíduos com comportamentos excessivos ou de alto risco (comportamentos mal-adaptativos) a paulatinamente promoverem mudanças rumo à diminuição ou

cessação do consumo (comportamentos mais funcionais) visando sua recuperação (BECK et al. 1993; DE MICHELI; FORMIGONI, 2006; EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005; MARLATT et al., 1999). As estratégias de base cognitivo-comportamental podem ser utilizadas por profissionais da saúde em geral, especialmente enfermeiros treinados (PILLON; LUIS, 2004), como o aconselhamento (conselhos diretos que promovam reflexões e mudanças de comportamentos de maneira enfática; orientações para redução de consumo ou indicação de abstinência); prevenção de recaída (MARLATT; GORDON, 1993); entrevista motivacional (MILLER; ROLLNICK, 1991); intervenção breve (MARLATT; GORDON, 1993).

Vale ressaltar que estes não fazem psicoterapia na APS, mas ficam munidos de instrumentos para atuarem:

Como em boa parte do tempo não estou fazendo psicoterapia, pelo menos de modo claro, duvido que a maioria de meus pacientes se consideraria em psicoterapia. Embora utilize os princípios psicoterapêuticos em cada encontro – estou sempre trabalhando a relação e lidando com mecanismos de defesa – todo o trabalho se desenrola em uma situação que enfatiza a necessidade de manter o pé no chão, lidar com a bebida, pagar as contas, levar as crianças à escola. (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005, p.266).

No entanto, na América Latina os princípios da TCC apresentam-se ainda restritos às pesquisas nos centros universitários e ao setor privado, pois a Psicanálise continua a ser a ferramenta ainda mais proeminente nos serviços de saúde (BELFER; ROHDE, 2005; DIMENSTEIN, 2000) apesar do evidente contrassenso com a política atual e de todas as evidências de que o modelo Cognitivo-Comportamental se mostrou mais efetivo entre a variedade de transtornos para os quais uma terapia específica foi testada, apresentando maior versatilidade e eficácia (AVELINE; STRAUSS; STILES, 2007; KNAPP; BECK, 2008; NEVES NETO, 2001).

Os resultados das terapias psicodinâmicas, como a Psicanálise citada anteriormente, não são disponibilizados atualmente devido a “inclinações de seus defensores, dificuldades logísticas e custos de montar testes adequados” (AVELINE; STRAUSS; STILES, 2007) o que torna esta ferramenta sem evidências disponíveis, o que vale ressaltar, não significa evidência da falta de efetividade. Porém, a importância de transformar a pesquisa em saúde em pesquisa para a saúde é urgente no Brasil, uma vez que a incorporação das pesquisas na produção cotidiana

do cuidado em saúde significa “diminuir o hiato entre o novo conhecimento e a sua utilização em benefício das pessoas que sofrem os efeitos do adoecer” (LIMA, 2008, p.335).

A produção de pesquisa científica na área de saúde mental no Brasil vem aumentando desde a última década, principalmente com a expansão de cursos de pós-graduação em Psiquiatria e Psicobiologia (BRESSAN; GEROLIN; MARI, 2005). O país se situa em 29º lugar no ranking dos países mais produtivos do mundo nesta área, em relação à psiquiatria e psicologia, e o primeiro entre os países da América Latina, de acordo com o *Institute for Scientific Information/ Thomson Scientific* (ISI), mas, no entanto a falta de cultura de pesquisa dos países em desenvolvimento ainda afetam a utilização destas pesquisas na formação das políticas de saúde e nas tomadas de decisão nesta área (RAZZOUK et al., 2006).

Flora (2008) chama a atenção para o fenômeno de crise que a Saúde Mental no Brasil vem passando desde o início da luta antimanicomial, quando foram criados os serviços substitutivos com a intenção de tirar do centro gravidade o hospital psiquiátrico.

A saúde mental continua segregada, não tanto mais ao manicômio, mas aos serviços especializados, como os CAPS, por exemplo, cuja função dentre outras é “dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde” (BRASIL, 2004b, p.13) no que se mostra incapaz de cumprir muitas vezes, mantendo os portadores de transtorno mental dependentes e cronificados nos serviços, cujos recursos psicoterápicos contribuem por cronificá-los, com baixa eficácia das terapêuticas e alto índice de abandono (FLORA, 2008; DIMENSTEIN, 2000).

Ao mesmo tempo não conseguem disponibilizar à APS recursos factíveis para atuarem na prevenção e promoção da saúde, pois partem do princípio que o que gera o comportamento problema (no caso abuso de álcool e outras drogas) são elementos conflituosos inconscientes (NEVES NETO, 2001), gerando intervenções e estratégias de ação descontextualizadas e práticas pouco flexíveis e verticalizadas, sem articulação saúde mental/atenção básica (VILHENA; DIMENSTEIN; ZAMORA, 2000; DIMENSTEIN et al., 2009).

Flora (2008) ressalta que a prática atual não está conseguindo responder aos complexos desafios da saúde mental e atribui isso à dificuldade ou resistência

em utilizar o conhecimento científico disponível, considerável no século XXI, especialmente no tocante à saúde mental. E ressalta que no Brasil “as idéias chegam com atraso, como se fossem queijos que necessitem envelhecimento” (CAMPOS, 1991 apud FLORA, 2008) e ainda cita o próprio pai da psicanálise, Sigmund Freud, para reafirmar a necessidade e urgência de se fazer ciência na psiquiatria e psicologia: “até aqui foi proveitoso caminhar ao lado dos psicanalistas, mas chegou a hora de voltar á ciência médica” (FREUD, 1948 apud FLORA, 2008).

Garantir que a prática clínica baseada em evidências ocorra, revisando sistematicamente a prestação de serviços de saúde para identificar deficiências(auditoria), monitorar resultados, estabelecer padrões de atendimento, comparar a prática com padrões e implementar mudanças são complementos essenciais ao julgamento clínico para se ter uma boa prática e deveria fazer parte da rotina dos serviços de saúde no Brasil, para aplicação de dinheiro público em políticas de resultado comprovado, assim como o fazem países desenvolvidos (AVELINE; STRAUSS; STILES, 2007; LARANJEIRA; ROMANO, 2004; MARGISON et al., 2000).

“A efetividade clínica é apenas uma dimensão do planejamento de serviços de psicoterapia. Além disso, os serviços devem satisfazer os critérios de ser abrangentes, coordenados e solidários, seguros e com uma boa relação custo-efetividade” (PARRY; RICHARDSON, 1996).

Como se vê, a inserção do tema álcool e outras drogas no contexto da saúde parece ser algo bem mais complexo, como a literatura vem sinalizando. Por tratar-se de um transtorno pertencente ao campo da saúde mental, seriam os profissionais da área os que poderiam contribuir de modo mais efetivo na disseminação de práticas de prevenção e promoção de saúde (ASSISTÊNCIA [...], 2009).

Estudos confirmam que o mais importante aspecto de um programa educacional em saúde (além dos já citados acima: conhecimentos, mudanças de atitude e desenvolvimento de habilidades) é conseguir disponibilizar o aprendizado da prática clínica para o cuidado de qualidade (CANTILLON; JONES, 1999; RASSOOL; RAWAF, 2007).

Sentir-se seguro (auto-eficaz) em relação ao como agir diante de um problema clínico qualquer é um dos fatores de adesão a uma diretriz (*guideline*) e é isto que faz com que o profissional de saúde encontre tempo, por exemplo, para

atuar na prevenção de problemas como a diabetes, hipertensão, e mais recentemente, tabagismo. Ou mesmo ao prescreverem mamografia às pacientes. Pois pesquisas confirmam que os profissionais acabam por eleger como prioridades de rastreamento em sua prática diária na APS problemas de saúde para os quais eles detêm conhecimento e ferramentas comprovadamente eficazes para atuarem (AIRA et al., 2003; CABANA et al., 1999).

A inserção de prática de prevenção em álcool e outras drogas na rotina da assistência estaria condicionada, portanto, dentro desta perspectiva, ao treinamento dos profissionais em relação à prática clínica: como identificar casos precocemente e como proceder diante da confirmação dos mesmos. Em contraste com as terapias psicanalíticas, a TCC apresenta um protocolo de passos a ser seguido, o que viabiliza avaliação de resultados terapêuticos e supervisão, onde o terapeuta desempenha um papel ativo para ajudar o paciente a identificar e focar em áreas importantes, planejando colaborativamente tarefas entre as consultas, sendo por isso chamada por Wainer e Piccoloto (2008, p.226) de “uma forma aplicada de ética”, uma vez que a relação profissional/paciente é simétrica

Mas no entanto, apesar da eficácia dos métodos aqui apresentados, de sua ampla utilização em programas de tratamento em muitos países, com estudos controlados segundo rigorosos critérios predefinidos (COTTRAUX, 1993; MILLER et al., 1998; MILLER; WILBOURNE, 2002), do reconhecimento da própria Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas “[...] do enorme potencial benéfico desta lógica” (redução de danos e intervenções breves) (BRASIL, 2004a, p.36), o treino da prática clínica estaria condicionado a profissionais treinados nesta perspectiva teórica e com experiência clínica suficiente que pudessem fornecer supervisão aos profissionais de saúde (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005; WAINER; PICCOLOTO, 2008). Coloca-se então uma questão crucial diante de todo o exposto: estaria o profissional de saúde mental no Brasil preparado tecnicamente para atuar no “plano preventivo terapêutico/educativo” (BRASIL, 2004a, p.36) proposto pelo Ministério da Saúde?

Atualmente, médicos só investigam uso de álcool em seus pacientes quando há grande evidência clínica (AIRA et al., 2003), como nosso estudo irá demonstrar, o que pode denotar o quão restritas encontram-se as ações de saúde mental, especialmente em álcool e outras drogas no Brasil.

Sabe-se que o modelo da redução de danos é polêmico e esbarra com a visão muitas vezes moralista dos profissionais de saúde (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009), como também iremos ver nos resultados deste estudo; com um dilema ético ainda sem muitas respostas (FRY et al., 2008) e prevalece o medo de aventurar-se naquilo que abale valores vigentes (DIMENSTEIN et al., 2009); assim como com questões da esfera organizacional e política. Mas pedimos licença nesta revisão para nos limitarmos às barreiras relativas à esfera técnica, que nos atordoam durante toda a experiência na clínica em saúde pública nestes anos, como já exposta na introdução, corroborada pela literatura que aponta que o profissional de saúde mental no Brasil, aquele que deveria treinar e disseminar as práticas preventivas em álcool e drogas, encontra-se encastelado num modelo teórico inflexível, sem ampliar seu campo de intervenção (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009; CECÍLIO, 2001; DÉA et al., 2004; DIMENSTEIN, 2001; DIMENSTEIN, 2004) e sem revisar de forma sistemática e rotineira a bibliografia de pesquisa para tomar decisões sobre a melhor prática (AVELINE; STRAUSS; STILES, 2007; MARGISON et al. 2000).

Outro fator que a literatura aponta como diferencial na adesão de práticas é a pressão exercida pelo usuário dos serviços de saúde em relação à práticas que eles mesmos reconhecem como eficazes, o que faz com que muitas vezes solicitem de seus médicos e enfermeiros uma testagem ou encaminhamento (AIRA et al., 2003; CABANA et al., 1999; CANTILLON; JONES, 1999), gerando um ciclo virtuoso.

Em relação a álcool e outras drogas podemos talvez pensar num ciclo vicioso, ou seja, o fato de não haver disponibilização ainda dos recursos comprovadamente eficazes para atuação clínica faz com que os profissionais negligenciem cuidados e contribuam para a cronificação dos casos, que por sua vez passam a ser entendidos como pertencentes a outra esfera, que não a da saúde (problema moral, talvez). Nisso, com o tempo, sofrendo já o estigma que o problema carrega em função desta visão (crenças compartilhadas) o estigmatizado passa a assimilar crenças e sentimentos negativos que os outros têm em relação a ele, internalizando um estereótipo, o que se torna mais danoso ainda que a própria dependência química (BIERNAT; DOVIDIO, 2003; RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009). Com isso ele não se vê em condições, assim como não as reconhece, de fazer pressão para receber tratamento adequado.

Enfim, as capacitações para atuação na prevenção em problemas relacionados a álcool e outras drogas são necessárias, fundamentais, pois sabidamente contribuem para a inserção desta “inovação” na prática diária da APS (NILSEN et al. 2006; FUNK et al. 2005; PELTZER et al., 2004). Mas talvez seja necessário repensar a forma como ela se dá, quem capacita, quais recursos estão sendo disponibilizados para os profissionais, se há ênfase na prática clínica com ações intersetoriais ou se simplesmente é passado um protocolo a seguir.

Em geral as capacitações, assim como as duas que serão avaliadas neste estudo, partem da iniciativa do Governo ou de pesquisadores, distantes do âmbito de atuação do profissional, quando o que se questiona é se para haver sustentabilidade de projetos como esses, com incorporação de mudanças na prática de saúde, como intervenções em álcool e outras drogas, não deveria acontecer no contexto da educação permanente (BENDTSEN; AKERLIND, 1999; CAMARGO JÚNIOR et al., 2008; FOX; BENNETT, 1998), somada à auditoria, pesquisa e prática clínica comprovadamente eficaz (CALMAN, 1998; CANTILLON; JONES, 1999) .

No Brasil, contamos hoje com o dispositivo dos CAPS AD, que de acordo com a atual política de saúde mental assumem lugar estratégico na organização da rede de cuidados substitutiva, participando da proposta de matriciamento, dando suporte, em saúde mental, à APS, assegurando retaguarda especializada às equipes de UBS/PSF podendo atuar no contexto de educação permanente, como iremos discorrer mais adiante.

No entanto os CAPS são disponibilizados pelo Ministério da Saúde a municípios com mais de 100.000 habitantes. Somam-se 1020 CAPS AD no país até o ano de 2009, ressaltando que os pacientes com problemas relativos a álcool e outras drogas também podem ser atendidos em CAPSi (CAPS Infanto-Juvenil – municípios com mais de 100.000 habitantes), CAPS I (municípios com mais de 20.000 habitantes) ou CAPS III (Municípios com mais de 200.000 habitantes). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a cobertura de atendimento em saúde mental passou de 21% em 2002, para 60%, em 2009, com um total de 1467 CAPS implantados somados à rede de atenção básica com ações de saúde mental.

Bezerra e Dimenstein (2008) ressaltam a necessidade de que os profissionais destas instâncias se comprometam com as ações de saúde mental que deveriam se desenvolver no território sob sua responsabilidade, e se vejam como atores sociais para que possam realizar o trabalho de matriciamento, assim como

realizem atenção integral, como pretendida pelo SUS, trocando saberes numa lógica de trabalho interdisciplinar por meio de uma rede interligada de serviços de saúde. E “deixem de lado o imobilismo das práticas que atinge uma parte dos profissionais que insistem em não acreditar nos avanços alcançados no campo da saúde mental” (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008, p.644).

Como mostram os números acima, os municípios de pequeno porte não podem ser contemplados com o dispositivo dos CAPS pelo Ministério da Saúde, contando apenas com a disponibilidade de ações de saúde mental na rede básica. O que justificaria a necessidade de capacitação destes profissionais por outras instâncias, como já citado anteriormente, o próprio Governo ou pesquisadores das Universidades.

A dedicação do capítulo que se segue neste estudo ao tema Educação à Distância (EaD) se deve justamente ao fato do interesse que surgiu ao longo de nossa pesquisa em averiguar estudos publicados sobre experiências de EaD na capacitação de profissionais de saúde em álcool e outras drogas, já que tal recurso se apresenta, à princípio, como uma alternativa viável para suprir esta insuficiência do sistema (MOYER;FINNEY, 2005) em termos de apoio matricial, podendo contribuir para o compartilhamento de saberes e a confecção do que Dimenstein e cols. (2009:69) chamaram de “desenho de projeto terapêutico integrado”.

Mas gostaria de fechar esta discussão, sem a pretensão de esgotá-la, com a fala de Carlini (1999) na apresentação à edição brasileira do livro Redução de Danos (MARLATT et al., 1999), uma vez que almejamos aqui discutir um aspecto específico relativo aos entraves na assimilação de inovações em álcool e drogas que são as limitações técnicas do profissional de saúde mental no Brasil ressaltadas na literatura:

A rica tradição psicanalítica e sistêmica no Brasil tem – paralelamente ao fato de brindar com excelentes profissionais e marcantes contribuições ao entendimento do comportamento humano – limitado o conhecimento de abordagens diferentes, olhadas com uma certa suspeita e consideradas simplistas, “rasas” e até ratificadoras do *status quo*. Curiosamente, no entanto, são as abordagens cognitivas, de base comportamental que mais tem desafiado o *status quo* na área de tratamento de dependência de drogas, apontando a inconsistência dos dogmas da abstinência como uma única meta de tratamento, contribuindo para abordagem progressista de redução de danos de maneira ímpar e oferecendo alternativas economicamente viáveis a países em desenvolvimento ao tratamento de problemas de drogas, apontando a eficiência de intervenções precoces e breves desenvolvidas em centros de atenção primária à saúde. Talvez, na inocência de profissional não- envolvida diretamente em tratamento, tenha esperança de que – para benefício daqueles que hoje sofrem por problemas associados ao uso de drogas – as barreiras intelectuais na aceitação da multiplicidade de abordagens sejam relaxadas, implicando progresso nesse campo. Devo dizer, de maneira otimista, que uma semente nesse sentido já foi plantada, se atentarmos para o ainda tímido, mas consistente movimento de profissionais de saúde mental que vêm defendendo (e utilizando) abordagens cognitivo-comportamentais em nosso meio e também para a grande aceitação que as teorias de prevenção de recaída do mesmo autor do presente livro têm tido no Brasil. (CARLINI, 1999, p.11-12).

Onze anos se passaram desde então e talvez mais pesquisas sejam necessárias para identificar não somente o impacto da estratégia de redução de danos no Brasil neste período, como também se as práticas dos profissionais de saúde mental no país estão alinhadas não somente com a Política do Ministério da Saúde, mas principalmente com o compromisso ético que se deva ter com a saúde pública, ou seja voltadas para a produção social da saúde e da cidadania, “através de recursos técnicos e teóricos contextualizados.” (DIMENSTEIN, 2001, p.60).

4 O PAPEL DA EAD NA CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE: POSSIBILIDADES E DESAFIOS NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Embora os problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas sejam um fenômeno mundial e considerados um grave problema de saúde pública, muito pouco se tem feito no sentido de ampliar o acesso dos profissionais de saúde às informações relativas às habilidades específicas para se detectar o problema precocemente e intervir de forma eficaz. Muitos programas de prevenção focam na transmissão de conhecimentos, mas muito pouco se vê em relação àqueles que visem o desenvolvimento de habilidades (SHAFER; RHODE; CHONG, 2004).

Os fatores que estão relacionados ao avanço da EaD são o acelerado desenvolvimento tecnológico e científico, associado à explosão da internet. A integração das tecnologias de comunicação e informação no processo de qualificação dos profissionais de saúde se deu como alternativa para superar barreiras sócio-geográficas e temporais (GARCIA; BAPTISTA, 2007), mas muito ainda há de se avaliar este processo, pois como afirmam Cantillon e Jones (1999) é o aprendizado e não o ensino que é capaz de transformar a prática profissional. E por tratar-se de uma metodologia que inclui aprendizado independente (não compulsório), o aluno é a peça chave do processo, trabalhar com sua motivação é essencial, já que a literatura aponta alto índice de abandono dos cursos de EaD (MATTHEOS et al., 2001) e discute amplamente os fatores associados ao seu sucesso e fracasso (CHRISTANTE et al., 2003; OLIVEIRA, 2007; REEVES et al., 2008; TOMASI; FACCHINI; MAIA, 2004; YU; YANG, 2006;).

Ceccim (2005) ressalta a necessidade da Educação Permanente em Saúde e justifica com todos os argumentos já discutidos até aqui, mas aponta:

Condição indispensável para uma pessoa ou organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no ambiente de trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de abertura (incerteza) tem que ser intensamente admitido, vivido, percebido. Não se contata o desconforto mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações. (CECCIM, 2005, p.165).

Diante da necessidade de se transmitir informações com velocidade, eficiência e boa relação custo/benefício, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) apresentou em Conferência Interamericana de Educação à Distância, na cidade do México, em abril de 2000 um documento programático orientador de cooperação técnica, entre os países da América Latina, voltado para o desenvolvimento de recursos humanos na saúde, onde foi dada ênfase à EaD como recurso que pode romper barreiras físicas e temporais, possibilitando maior equidade de oportunidade educativa em todo o mundo (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000).

O documento da OPAS apresenta considerações essenciais em relação à EaD como um dos meios de dar respostas eficientes no campo da formação e preparação permanente dos recursos humanos na saúde, mas ressalta que além de dever permitir avaliação permanente do processo ensino/aprendizagem, deve se fundamentar nos princípios gerais do processo de educação apontados por Nickerson (1998 apud ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000) quais sejam o foco no conteúdo porém potencializando a capacidade de solucionar problemas e o interesse em permanecer aprendendo.

Como estratégia na educação permanente em saúde a EaD pode favorecer a interdisciplinaridade nas equipes, interação entre atores e otimização dos processos de comunicação e informação (GARCIA; BAPTISTA, 2007), propiciar a aprendizagem contínua e socialização de conhecimentos num mundo de “rápida obsolescência do conhecimento” (OLIVEIRA, 2007, p.586) e como proposta não-compulsória de ensino, estimular a autogestão, autoformação e auto-avaliação, condições estas fundamentais para uma aprendizagem que possa se sustentar a longo prazo.

Christante e outros (2003) em artigo “O Papel do Ensino à Distância na Educação Médica Continuada: Uma Análise Crítica”, chega a usar os termos “educação médica continuada” (EMC) e “educação médica à distância” (EMaD) como sinônimos, pois afirma que a maioria das iniciativas de EMC da atualidade usa a tecnologia (como a internet) de forma complementar ou exclusiva. E afirmam que o Brasil é o país da América Latina que mais tem investido na corrida tecnológica, possuindo inúmeros centros de excelência em ensino e pesquisa na área médica, porém muito concentrados na região sudeste. A EaD pode contribuir para a disseminação dessa excelência, facilitando o acesso à informação.

Outro aspecto importante ressaltado é a alta concentração dos profissionais de saúde nos grandes centros urbanos, dados de Machado (1996) publicados pela Fundação Osvaldo Cruz mostram que 72% dos médicos especialistas se concentram nas capitais brasileiras, contra 27,8% que residem no interior, com tendência cada vez mais crescente à especialização, tornando muitas vezes, em realidades de países como o Brasil, com vasto território, o conhecimento inacessível a regiões isoladas, assim como descontextualizado.

O intercâmbio entre realidades distantes através de *chats*, fóruns de debates, videoconferências, e-mails proporcionados pela tecnologia também pode contribuir para o processo de educação permanente em saúde na medida em que a discussão sobre as dificuldades encontradas e soluções possíveis (problematização de práticas) amplia a capacidade de transformação da realidade sanitária e para tal sugere-se que as políticas de EaD não devem ser pensadas isoladamente, por cada instituição formadora, mas sim dentro de cada conselho profissional e outras instituições similares (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000).

Este capítulo pretende apresentar o que há de publicação referente a experiência de educação à distância na capacitação de profissionais de saúde para atuarem na prevenção ao uso de risco de álcool e outras drogas psicoativas, através de uma revisão sistemática feita em banco de dados.

4.1 Metodologia

Um meio de disseminação de conhecimentos, tecnologia e habilidades tem sido a internet. Uma busca bibliográfica realizada entre os anos de 1997 e 2008, em bases de dados (Medline, Cochrane, Scielo, Lilacs, Pubmed) procurou identificar sua utilização na capacitação à distância, de profissionais de saúde, para atuarem na disseminação de práticas preventivas em álcool e outras drogas.

Através de uma busca de artigos pelos descritores *distance education and drug abuse* (39 artigos), *evaluation of distance education and drugs* (13 artigos), *distance education and health* (1029 artigos), *education distance drugs* (438 artigos), educação à distância e drogas (9 artigos e 2 recursos de internet), foram encontrados quatro estudos que atenderam aos critérios de inclusão desta pesquisa, a saber, utilizarem da metodologia à distância (inclusive ou exclusivamente) para capacitação de profissionais de saúde no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para detecção e intervenção na área de álcool e outras drogas psicoativas (com exceção de tabaco), apresentarem discussão sobre resultados do processo de EaD e drogas, serem direcionados a profissionais de saúde. A meta-análise não foi possível devido ao pequeno número de estudos incluídos e à heterogeneidade na metodologia adotada pelos mesmos, além da diversidade dos resultados encontrados. Portanto, a apresentação deste capítulo se dará de forma descritiva com análise crítica do material.

Apesar de o tabaco ser considerado uma droga, os estudos publicados relativos à EaD e tabaco foram excluídos desta pesquisa por questões muito específicas tais como o fato de que mesmo o Brasil sendo o maior produtor e o maior exportador de tabaco, tem conseguido desenvolver ações eficazes e abrangentes no seu controle, ocupando a liderança internacional nesta área (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2003 apud CAVALCANTE, 2005), o que fica evidente no dado de que a prevalência de fumantes caiu em quase 50% entre 1989 e 2003, devido a um programa reconhecidamente eficaz, que é o Programa Nacional de Controle do Tabagismo articulado pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Instituto Nacional do Câncer - INCA (TEMPORÃO, 2005; CAVALCANTE, 2005).

Aliado a tudo isto está o fato de que o tratamento do fumante já foi inserido na rede do SUS pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) através das Portarias

Ministeriais n. 1.035, de 31 de maio de 2004 (BRASIL, 2004c) e n. 442, de 13 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004d), com aprovação do Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS, com protocolo clínico e diretrizes terapêuticas específicas e delimitadas, a saber a inserção da abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso na rede de atenção básica e de média complexidade, incluindo-se aí os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com repasse de insumos e capacitação de pessoal.

Exemplo claro de intersectorialidade nas ações de prevenção envolvendo Educação, Saúde, Justiça, empresas, meios de comunicação, ganhando apoio da comunidade, as ações direcionadas ao controle do tabagismo apresentam-se, no Brasil, de forma bem mais organizada e cuidadosa, o que permite a avaliação de sua efetividade e de seu custo-benefício (SILVA et al., 2007; CAVALCANTE, 2005), diferentemente das ações direcionadas ao álcool e outras drogas, merecendo, portanto, serem avaliadas separadamente.

O número limitado de artigos encontrados com os descritores citados parágrafos acima levou a uma busca por outros descritores, como *evaluation of distance education in health* (497 artigos) e *distance learning health* (3.422 artigos), *distance learning and mental health* (180 artigos) o que gerou o interesse em abordar o tema EaD de forma mais ampla, na saúde como um todo.

Para a seleção dos artigos, em função da pouca disponibilidade de publicações que abordassem a EaD e drogas não foi possível determinar o delineamento do tipo de pesquisa *a priori*, tendo sido selecionados uma avaliação de questionário de satisfação (*survey*), dois relatos de experiência e um estudo quasi-experimental. Teses, dissertações, revisões e materiais educativos foram excluídos, assim como estudos com estudantes de ensino médio e graduação, sendo encontrados artigos nos idiomas inglês, espanhol e português.

Após o processo de busca pelos descritores citados procedeu-se o processo de inclusão e exclusão de artigos chegando a dois artigos dos Estados Unidos, um do Brasil e um do México.

4.2 Resultados

4.2.1 Estudo 1

Em artigo, Reilly (1998), apresenta uma pesquisa de satisfação (*survey*) feita entre enfermeiros que receberam treinamento pela *University of Delaware, College of Health and Nursing Sciences*, nos Estados Unidos, no modelo da terapia Cognitiva para pacientes que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, com metodologia à distância, num período de quatro anos. Justifica a importância da iniciativa quando afirma que de 25% a 50% (KEISLER; SIMPKINS; MORTON, 1991) dos pacientes atendidos por profissionais de saúde, comprometidos física ou mentalmente, apresentam problemas em seu uso de álcool e/ou de outras drogas. Traz a discussão da alta prevalência dos problemas relacionados ao álcool na sociedade atual, em contraste com o baixo número de profissionais de saúde mental preparados e educados para atuar no campo das adições. Também reafirma o alto custo da promoção de educação continuada presencial aliado à falta de tempo dos profissionais, que têm que compatibilizar a vida profissional, pessoal e familiar.

O artigo descreve o modelo cognitivo na atenção a pessoas que apresentem problemas relacionados ao consumo de substâncias, desenvolvido por Beck e outros (1993 apud REILLY, 1998) que parte do princípio que existem alguns gatilhos (internos e externos) que desencadeiam pensamentos automáticos e crenças disfuncionais sobre o abuso de substâncias que desencadearão uma fissura pelo uso da mesma e irão justificar e autorizar o consumo, levando portanto a um lapso (uso pontual da substância, porém fora dos padrões de consumo anteriores) ou recaída propriamente dita (volta aos padrões de consumo anteriores). Ressalta que a Terapia Cognitiva é o modelo que mais se adequa às pesquisas e que tem apresentado maior efetividade no tratamento de múltiplos transtornos, entre eles o abuso de substâncias. Através da conceituação cognitiva do paciente, permite-se um planejamento das intervenções terapêuticas e sua avaliação, sendo a conceituação cognitiva, a representação da forma como o indivíduo percebe as situações, os transtornos emocionais consequentes desta percepção e o comportamento subsequente, que é entendido como estratégia para lidar com as situações em geral

(por exemplo, usar drogas). A terapia cognitiva pode ser usada independentemente ou associada à psicofarmacologia e ao programa dos 12 passos.

Os enfermeiros, alunos do Bacharelado, receberam educação à distância através de videotapes e poderiam se comunicar com os professores por e-mail, fax, serviço postal ou telefone. O curso foi oferecido por quatro anos consecutivos e os alunos foram treinados à distância no modelo cognitivo assim como os alunos do curso presencial (no campus da universidade), numa carga horária de três créditos, para utilizarem a conceituação cognitiva como forma de compreender o porquê de seu (ou sua) paciente reagir às situações daquela forma, identificar os seus gatilhos de comportamentos relacionados ao uso de drogas e poder programar estratégias de enfrentamento das situações ditas de risco.

A pesquisa (*survey*) foi realizada após os quatro anos de curso, através de questionários enviados por correio aos 78 estudantes que concluíram o mesmo. Dos 18 respondentes (23,1%), um terço afirmou que o curso os ajudou a diminuir sua atitude de julgamento em relação ao usuário de substâncias psicoativas, 27% reconheceram estar mais pacientes e empáticos com seus pacientes, 28% informaram que pensam que o curso deveria fazer parte do currículo e todos disseram que recomendariam o curso aos colegas.

Os alunos do curso fizeram pequenos relatos (vinhetas de casos clínicos) que também vieram a confirmar o quanto o curso foi proveitoso na compreensão do que se passa com os pacientes usuários de substâncias psicoativas e no tratamento dos casos. Sendo assim, a autora conclui dizendo que o oferecimento de um curso sobre abuso de substâncias no formato à distância é um mecanismo que melhora a prática dos enfermeiros nos cuidados com estes pacientes.

O artigo deixa a desejar em relação a muitos detalhes relativos à metodologia o que nos motivou a entrar em contato com a autora. Sua resposta ao email não esclareceu a todas as nossas perguntas, exceto a de que foi utilizada uma escala com a finalidade de mensurar conhecimentos adquiridos após o treinamento: *The Cognitive Therapy Rating Scale* (YOUNG; BECK, 1980).

4.2.2 Estudo 2

Shafer, Rhode e Chong (2004), em estudo quasi-experimental publicado em 2004, avaliam a efetividade da EaD para o treinamento comportamental de profissionais de saúde que trabalham com abuso/dependência de substâncias (chamados conselheiros) na aquisição de habilidades da Entrevista Motivacional (MILLER; ROLLNICK, 2001), através de 5 teleconferências em vídeo, de 3 horas cada um com participantes distribuídos entre 19 localidades do estado do Arizona, nos Estados Unidos.

Os participantes deste estudo foram recrutados através de correspondência enviada a todas as agências de tratamento de abuso de substâncias licenciadas no Departamento de Serviços de Saúde do Arizona. Entre os participantes, 30 foram escolhidos, entre os “*Intensive Evaluators*” (Avaliadores Intensivos), para usarem o equipamento fornecido pelos treinadores para gravarem em videotape uma sessão de aconselhamento antes, uma durante e outra depois do treinamento encerrado, e estes receberam uma quantia em dinheiro (\$25) como incentivo, enquanto que os outros participantes não receberam nenhum incentivo especial para sua participação, além do certificado do curso.

Cada teleconferência acontecia mensalmente, durante 5 meses (entre janeiro e maio de 2000), em 6 comunidades urbanas e 13 comunidades rurais e incluía leitura, demonstração de sessão de aconselhamento, atividades em grupo e deveres de casa. Foram utilizados questionários antes, durante e depois do processo concluído (imediatamente após cada teleconferência, ao final da última teleconferência e 4 meses após o término do treinamento) para avaliar os efeitos do programa de EaD no conhecimento e habilidades dos participantes no uso da Entrevista Motivacional. Os Avaliadores Intensivos apresentaram 3 audiotapes com sessões de aconselhamento, sendo 1 antes do início da primeira teleconferência, o segundo entre 2 semanas após a última teleconferência e o terceiro, 4 meses após a conclusão do processo.

Apesar de algumas limitações, como por exemplo, o fato de não contar com um grupo controle, algumas conclusões importantes foram tiradas, como o fato de alcançarem um índice de 66% de participantes com melhora em sua capacidade de escuta reflexiva durante as teleconferências, mas 2 meses depois somente 20%

destes mantiveram este ganho. Concluíram que teleconferências não são suficientes para produzirem melhora duradoura no comportamento dos profissionais, no que diz respeito a desenvolver escuta reflexiva e desenvolver discrepância nos clientes (princípios fundamentais da entrevista motivacional que são a base para a mudança comportamental), se não houver algum tipo de supervisão ao longo do tempo. E apontam que a maioria dos programas via internet se baseiam na aquisição de conhecimentos e muito poucos no desenvolvimento de habilidades no tratamento das adições. Com isso, concluem o artigo dizendo que o uso de EaD como forma de atualizar os conselheiros precisa ser mais bem investigado.

4.2.3 Estudo 3

Luis e outros (2004) publicaram um relato de experiência de parceria colaborativa entre a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e uma organização internacional, a Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas – CICAD, da Organização dos Estados Americanos – OEA, nos anos de 2002 e 2003, que visava à oferta de dois cursos de especialização: “Programa de capacitação em pesquisa para enfermeiros-docentes no estudo do fenômeno das drogas na América Latina”. O curso era em parte presencial e em parte, à distância e direcionado a enfermeiros justamente por tratar-se de um profissional entendido como central na atenção à saúde de indivíduos, grupos e comunidade, por sua formação mais generalista e sua proximidade com o indivíduo e seu em torno.

A meta da CICAD para as Escolas de Enfermagem é fornecer conhecimentos e desenvolver habilidades entre enfermeiros para atuarem na área de redução de demanda de drogas na América Latina, através de atividades de ensino, extensão e pesquisa, que visem incluir o tema das drogas no currículo dos cursos de graduação e pós-graduação, assim como implementação de programas educativos sobre o tema voltados para a promoção da saúde e capacitação de professores de ensino superior em métodos de investigação qualitativa e quantitativa relacionados à prevenção de uso/abuso de drogas.

A EERP-USP participou da parceria no tocante às atribuições técnico-científicas, enquanto a CICAD foi a responsável pelo suporte financeiro.

Os participantes dos Programas Regionais de Capacitação em Pesquisa representavam dez instituições universitárias distribuídas em nove países da América Latina, o que avaliam ter favorecido a criação de laços profissionais entre países. O Programa de especialização foi estruturado com 540 horas, divididas entre uma parte presencial (345 horas) e outra, à distância (195 horas).

Os módulos relativos à parte presencial foram: Saúde Internacional e o Fenômeno das Drogas; O Fenômeno das Drogas no Mundo e nas Américas; Os Métodos de Investigação Qualitativa e Quantitativa Aplicado ao Estudo do Fenômeno das Drogas.

A segunda parte do curso aconteceu à distância, e referiu-se à Tutoria de Pesquisa à Distância, oferecido aos participantes da primeira parte do curso, após retornarem aos seus países para implementarem os projetos de pesquisa. O contato com o orientador foi mantido por seis meses via e-mail, fax, telefone ou correio.

O artigo apresenta as tabelas com avaliação dos 33 alunos relativas à primeira parte: conteúdos ministrados (avaliados por eles como muito bom ou excelente), material oferecido (avaliado como bom, muito bom ou excelente, com predomínio de muito bom), métodos e técnicas de ensino (também avaliadas pelos alunos entre os níveis bom, muito bom ou excelente); e aspectos fortes do curso como um todo (os professores constituem a “grande fortaleza” do curso, pelo apoio e relações estabelecidas), dificuldades e sugestões em geral (barreira do idioma, necessidade de conhecimento prévio em matéria de drogas e metodologia científica, prática de pesquisa, e pouco tempo para elaboração do projeto, o que levou o grupo do ano de 2002 a sugerir maior participação em classe e o grupo de 2003 a sugerir um pré-teste para avaliar conhecimento prévio).

Os Programas Regionais de Capacitação em Pesquisa para Enfermeiros no Estudo do Fenômeno das Drogas na América Latina indicou eficiência no modelo aplicado, na relação custo-benefício e eficácia no produto alcançado até aquele momento. Os resultados da primeira turma foram apresentados em pôster na VIII *Reunión Internacional Del Proyecto de La CICAD de las Escuelas de Enfermería em Reducción de La Demanda*, realizado em Lima (Peru), em 2003 e enviaram artigo para publicação em revista indexada.

Até o momento da publicação deste artigo, os 15 integrantes da segunda turma estavam em processo de implementação da pesquisa em seus países de origem.

O Programa serviu de base para implementar o *Primer Programa Internacional de Capacitación en Investigación para Enfermeros en el Estudio Del fenómeno de las Drogas en America Latina con La Universidad de Alberta/Canadá*.

Em função dos resultados positivos, os governos do Canadá e Japão apoiaram a iniciativa de criar uma modalidade *on-line* da capacitação, para ser oferecida aos profissionais no ano de 2005.

Concluindo, os autores reafirmam o quanto a cooperação dos enfermeiros, quando recebem capacitação específica, pode contribuir para difundir o conhecimento sobre o fenômeno das drogas e elaborar programas voltados para a saúde pública.

4.2.4 Estudo 4

Em artigo, Mendoza (2005), apresenta um relato da experiência mexicana, no período entre julho de 2003 a julho de 2004, da Faculdade de Enfermagem da *Universidad Autónoma de Querétaro*, no México, que com enfoque na prevenção da saúde e também como participante da CICAD (Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas), tem como objetivo a criação de redes associativas para contribuir com a redução da demanda de drogas na América Latina e Caribe. Oferecendo inicialmente o curso técnico de enfermagem, posteriormente a licenciatura, em 2002 inicia o programa de Mestrado em Ciências de Enfermagem à distância, através de videoconferência interativa, oferecido em vários estados da República Mexicana.

Desde agosto de 2001 iniciam o Programa ENSAIN (Enfermería y Salud Interactiva) COMUNITÁRIO, na serra de Querétaro e comunidades rurais, onde se criam campanhas periódicas de promoção da saúde física e mental na comunidade universitária e sociedade em geral, com destaque para os fatores de proteção em todas as idades, com apoio à redução de demanda de drogas. E em consonância com esta perspectiva o ENSAIN impulsiona o programa de Promoção da Saúde e

Prevenção de Adições, a desenvolver-se dentro das clínicas da faculdade de Enfermagem e na comunidade de Santa Maria Magdalena (no município de Querétaro), que passaram a ser equipadas com material específico para diagnóstico nacional de álcool, tabaco e outras drogas; instrumentos que permitem avaliar o consumo de drogas entre crianças, adolescentes e adultos; folhetos informativos; computadores e mobílias; com o Programa Nacional sobre Alcoolismo e Tabagismo e com o Plano Estratégico da CICAD para as Escolas de Enfermagem da América Latina na Área de Redução de Demanda de Drogas na América Latina. Dentre várias ações implementadas pela Faculdade de Enfermagem, como elaboração de programas acadêmicos, participação em cursos de capacitação de docentes e alunos da faculdade, foi realizado um concurso para elaboração de um material didático animado em CD para prevenção das adições, assim como elaboração de vários projetos no nível de graduação e pós-graduação, incentivando a investigação de fatores de risco e proteção ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre adolescentes, adultos, profissionais e estudantes.

O artigo não apresenta critérios de avaliação utilizados, apenas afirma que algumas metas foram cumpridas no período e que o trabalho realizado se sustenta numa metodologia participativa entre estudantes, mestres e pessoal administrativo da Faculdade, que visam à implementação de um novo plano de estudos, com atividades de extensão ligadas ao programa ENSAIN, de investigação e formação de redes com outras instituições internacionais e nacionais, objetivando a prevenção de adições e redução de demanda de drogas.

4.3 Discussão

Os estudos analisados apresentam experiências de capacitação de profissionais de saúde, sendo a maioria direcionada aos enfermeiros, no desenvolvimento de habilidades específicas para a prática de prevenção ao uso de risco de substâncias psicoativas, com exceção do estudo de Shafer, Rhode e Chong (2004) que foi direcionado a profissionais de saúde em geral, que trabalham com abuso de substâncias, não delimitando esta população.

Apesar dos profissionais de saúde compartilharem dificuldades devido à formação insuficiente para estas práticas (BENDTSEN; ÅKERLIND, 1999), o que os torna negligentes com o consumo de drogas dos pacientes (LOCK et al., 2002), o que se observa consultando a literatura é que o recurso da educação à distância em saúde ainda não tem se prestado a suprir esta falha na formação dos profissionais, sendo muito poucas as iniciativas neste sentido e ainda menores as avaliações de resultados, o que se apresenta como alvo de crítica em grande parte dos artigos que abordam sobre o tema (KREIDeweIS, 2005; MATTHEOS et al., 2001; SANDERS, 2007; TOMASI; FACCHINI; MAIA, 2004; YU, YANG, 2006).

O número de artigos encontrados relativos a EaD e drogas talvez seja insuficiente para grandes conclusões, porém são unânimes em demonstrar que se trata de uma importante alternativa para capacitação dos profissionais em área específica, corroborando o que consta no documento programático produzido pela *Organización Panamericana de la Salud* (2000), onde se afirma que a EaD pode cumprir um importante papel na capacitação de pessoal na área de gerência de serviços, desempenho de funções especiais de saúde pública, atenção à programas prioritários e melhora do nível de desempenho de um imenso contingente de pessoal sem capacitação específica.

A ideia de capacitar profissionais de saúde para lidarem com os problemas relacionados às drogas é relativamente recente (a partir da segunda metade do século XX), e passou a ser fundamental, na medida em que a OMS definiu o abuso e a dependência de álcool e outras drogas como um problema de saúde, merecendo, portanto, um tratamento diferenciado. Neste sentido, passou a ser preciso buscar conhecimento técnico-científico, fazendo uma ampla revisão de conceitos e preconceitos, pois o problema já não mais era considerado “de caráter” (DUARTE, 2008).

Trazendo esta discussão para a realidade do Brasil, no entanto, o que vemos em relação à organização de serviços para o tratamento das dependências é algo baseado exclusivamente na experiência e empenho dos profissionais, como afirma Ribeiro (2004), o que gera um potencial de atendimento dos serviços limitado e desvinculado das necessidades locais.

Ribeiro (2004) ressalta que mesmo os manuais e diretrizes para organização de serviços estando disponíveis *on-line*, não há ainda uma preocupação com o trabalho em rede, planejamento das ações, capacitação de pessoal, enquadre

terapêutico, monitoramento e avaliação. Mesmo a rede primária de atendimento, que visa o diagnóstico precoce e motivação dos usuários para tratamento, deve receber suporte e supervisão, ao contrário do que se constata, ou seja, iniciativas isoladas, a partir do interesse particular dos profissionais em se capacitarem para tentarem compor o que Ribeiro (2004) chamou de malha de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, que foi sendo construída para o tratamento dos diferentes estágios da dependência química.

Reilly (1998) e Shafer, Rhode e Chong (2004) apresentam experiências norte-americanas de treinamento de profissionais de saúde para atuarem junto aos pacientes com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, com intervenções amplamente usadas naquele país e difundidas no Brasil a partir da década de 80, atestadas no meio científico por sua comprovada eficácia, estando a Psicoterapia Cognitiva, por sua vez, entre as quatro intervenções psicológicas que a OMS considera essencial (além da Psicoterapia de Apoio, Psicoterapia Comportamental e as Técnicas de Relaxamento), segundo documento oficial - *Essential Treatments in Psychiatry* (BERTOLOTE; GIROLAMO, 1993).

As decisões em relação ao enquadre terapêutico, que irão fundamentar a decisão clínica, portanto, passam a ser baseadas em evidências obtidas em dados de pesquisa e não mais na intuição ou bom senso dos profissionais, de forma a transformar a ação terapêutica em algo comprovado e validado, com melhor resultado possível para o paciente (STINGEL; LEMGRUBER, 2000).

Luis e outros (2004), assim como Mendoza (2005), apresentam suas experiências de parceria com a CICAD, que como organização internacional, visa atender à medidas de redução de demanda de drogas lícitas e ilícitas dos organismos internacionais de saúde (OMS, OPAS, OEA), apoiando o desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle do abuso de substâncias psicoativas a nível nacional e internacional. Em ambos os artigos, reforça-se a ideia de que o enfermeiro bem treinado é peça chave no processo de ampliação do conhecimento sobre o fenômeno das drogas na América Latina, assim como na elaboração de programas de melhoria de qualidade de vida e saúde da população, apresentando a temática das drogas num enfoque holístico.

Por serem experiências desenvolvidas junto a universidades, tornam mais viáveis a formação de recursos humanos para atuarem nos processos de promoção e prevenção à saúde, buscando estender suas experiências para as escolas de

saúde pública em toda a América Latina. O que vem ao encontro do que é proposto pela Política do Ministério da Saúde Para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2004a), que prevê:

A interação sistemática entre universidades, centros de pesquisa e envolvimento de diversos serviços de saúde, educação e sociais na constituição de sistemas locais de inovação científica e tecnológica aplicada aos problemas derivados do uso de drogas, bem como a articulação com outros setores sociais nacionais e internacionais comprometidos com a produção de conhecimentos neste campo. (BRASIL, 2004a, p.62).

4.4 Conclusão

A escassez de estudos experimentais sobre EaD e Drogas não nos permite ser conclusivos, porém fica evidente que as práticas preventivas que vêm sendo desenvolvidas deveriam caminhar para a confecção de um protocolo clínico que permita a avaliação criteriosa a fim de poder avaliar o impacto das iniciativas, levantar indicadores de sucesso, definir ferramentas de EaD que sejam viáveis e comprovadamente eficazes.

Shafer, Rhode e Chong (2004) e Reilly (1998) apresentaram suas experiências no treinamento de habilidades de comprovada eficácia, direcionadas aos profissionais de saúde, enquanto os estudos de Luis e outros (2004) e Mendoza (2005) demonstraram experiências que se propõem ser mais amplas, aplicadas a Escolas de Enfermagem selecionadas da América Latina para fomentar a promoção da saúde e prevenção ao uso e abuso de drogas e a integração social do abusador.

Os resultados dos artigos avaliados indicam que o recurso da EaD não deva se restringir a serem “programas instrucionais” focados na transmissão de conhecimentos, mas sim no desenvolvimento de habilidades nas práticas de prevenção ao uso de risco de álcool e outras drogas. Todos confirmam a vantagem do recurso em relação à transposição de barreiras temporais e geográficas na transmissão do conhecimento, mas somente um deles apresentou um seguimento (*follow up*) que permitisse a avaliação do impacto da iniciativa a médio prazo (SHAFER; RHODE; CHONG, 2004), tendo este concluído que as mudanças

operadas através de recursos como as teleconferências, por exemplo, só deverão se manter com uma supervisão ao longo do tempo.

Enfim, o que se observa nos artigos analisados é um enfoque maior na transmissão de conhecimento aliado ao desenvolvimento de habilidades, mas sente-se a falta de uma discussão mais abrangente relacionada às outras variáveis que interferem no processo de mudança de atitudes e incorporação de práticas, como o contexto social, político e econômico onde vivem os trabalhadores da saúde, assim como a interferência das crenças compartilhadas pelos mesmos, que irão fortalecer e manter determinadas práticas. Esta discussão parece ter sido negligenciada ao se argumentar sobre o que interfere na manutenção da mudança no processo educativo à distância em álcool e outras drogas.

Percebe-se também que o argumento “atingir mais rapidamente um número maior de trabalhadores” (mais barato) é forte, e com isso o debate sobre o papel da EaD enquanto um importante recurso na formação de redes sociais, assim como a investigação sobre de que forma ela possa contribuir para que o aprendiz desenvolva uma postura mais reflexiva fica faltando, correndo-se o risco de se tornar mera reprodutora de modelos.

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa tem como objeto de estudo as práticas de prevenção ao uso de risco de álcool e outras drogas presentes na rotina dos profissionais da APS.

O PSF, que em 1994 foi lançado como política oficial da APS pelo Ministério da Saúde, tem como princípios básicos e estruturantes a integralidade, a inserção social, o vínculo, acolhimento, participação da família no tratamento dentre outros. Estes princípios vão ao encontro daqueles que orientam a assistência à saúde mental (COIMBRA, 2007).

Para de fato ser resolutivo, o PSF deve qualificar os profissionais da saúde da família no que se refere aos problemas mais frequentes encontrados nas unidades, e a saúde mental é um deles. Segundo Mendes (2001), um PSF bem preparado poderia resolver de forma eficaz 90% dos problemas dos usuários. (MENDES, 2001).

A inclusão da saúde mental na APS, enquanto meta da OMS e prevista desde 2001, na III Conferência Nacional de Saúde Mental, se dá a partir de várias ações, dentre elas promover a prevenção do alcoolismo e uso de drogas, assim como a construção de intervenções terapêuticas de forma individualizada, respeitando a realidade local, com vistas à inclusão social e a supervisão continuada no desenvolvimento do trabalho conjunto das equipes PACS/ESF e Saúde Mental (BRASIL, 2003a; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002; COIMBRA, 2007).

“Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica, é fundamental a capacitação destas equipes.” (BRASIL, 2003a, p.5).

Previstas para serem realizadas por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2003a), estas capacitações em saúde mental não se fazem presentes no cotidiano da APS. Este estudo pretendeu avaliar algumas iniciativas isoladas neste sentido, que visaram suprir uma falha na atenção aos usuários de risco de álcool e outras drogas que circulam neste contexto sem serem diagnosticados com o problema (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009), contribuindo, portanto, para a cronicidade do quadro.

5.1 Metodologia e estratégias de ação

Antes de apresentarmos o procedimento metodológico propriamente dito, gostaríamos de destacar como chegamos ao desenho da amostra. Inicialmente havia um grande interesse em avaliar o papel do ensino à distância na capacitação em álcool e outras drogas do profissional de APS, por motivos já descritos anteriormente, ou seja, por tratar-se de um recurso que supera barreiras físicas e temporais, num país de vasto território com concentração de profissionais especializados na região sudeste, podendo possibilitar uma maior equidade de oportunidade educativa, numa boa relação custo-benefício (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000).

Para tal pensamos em avaliar os alunos da primeira turma do curso SUPERA, que naquele momento tinham concluído a capacitação havia cerca de um ano. Marcamos uma audiência em Brasília, com a direção da SENAD a fim de verificarmos a viabilidade e interesse da Secretaria neste projeto. Na oportunidade, fomos informados que já havia algum estudo em andamento neste sentido, mas fomos incentivados a pesquisar sobre as práticas dos alunos do curso na cidade A especificamente.

Uma listagem com os 52 nomes e contatos dos alunos do SUPERA I da referida cidade nos fora fornecido pela SENAD naquele momento. Optamos por delimitar o estudo à APS, devido ao nosso grande interesse, também já citado anteriormente, de avaliar práticas de prevenção ao uso de risco de álcool e outras drogas, ocupando este nível de atenção uma posição sabidamente estratégica neste contexto.

Dentre os 52 nomes, apenas 20 eram de profissionais da APS do município A. Nova seleção se fez necessária entre estes, pois precisávamos excluir do estudo aqueles que já haviam sido capacitados pelo Professor Telmo Ronzani na ocasião de seu doutoramento, em projeto de implementação de triagem (AUDIT) e intervenção breve (IB), entre outubro de 2003 e julho de 2004 (RONZANI, 2005).

Apenas 4 profissionais, entre os 20, não haviam se submetido à capacitação sendo que 2 delas eram residentes na época do SUPERA e não atuavam mais em APS. Portanto, nos restaram 2 nomes, uma delas atuante há 23 anos na APS e a outra, há 6 anos e 8 meses.

5.1.1 Participantes

A amostra foi intencional, com definição a priori dos participantes da pesquisa a partir das modalidades de capacitação comparadas. Dentre os capacitados na modalidade à distância, foram dois profissionais enfermeiros capacitados pelo SUPERA que preencheram o critério de inclusão para a pesquisa: ter sido capacitado exclusivamente na modalidade à distância na área de álcool e outras drogas. A definição destas duas participantes definiu a categoria profissional para os outros dois grupos.

A amostra então foi composta por sete enfermeiras, sendo que cinco delas se situam na faixa etária entre 26 e 31 anos (entre 3 e 6 anos de formadas), uma com 35 anos (11 anos de formada) e outra com 50 anos (25 anos de formada), reafirmando Ronzani (2002), ao dizer que “o PSF vem se tornando, gradativamente, um meio importante de inserção no mercado de trabalho para profissionais em início de carreira, levando a uma interiorização dos profissionais e substituindo as antigas formas de trabalhos informais em hospitais” (RONZANI, 2002, p.65).

Foram formados três grupos: treinado presencialmente, no município B, pelo projeto da “Disseminação de Práticas de Prevenção ao Uso de Risco de Álcool em Serviços de APS da Zona da Mata Mineira” (GT), grupo capacitado pelo SUPERA (GS) e grupo não treinado (GNT). As duas participantes do grupo GT foram escolhidas por sorteio entre as enfermeiras das três equipes de PSF credenciadas no município B. O grupo GNT foi composto por duas enfermeiras sorteadas entre UBS's do município C e uma enfermeira do município A, que nunca foram submetidas à capacitação na área.

O município C foi escolhido por apresentar-se muito próximo aos municípios A e B e ter características muito semelhantes à B, em termos de número de habitantes, recursos de ensino disponíveis, hábitos e costumes.

Dentre as sete participantes deste estudo, quatro receberam capacitação no último ano (GT1, GT2, GS1 e GS2), uma fez curso de quarenta horas há mais de cinco anos atrás, enquanto ainda era estudante de enfermagem (GNT1), uma disse ter “frequentado” os CAPS e participado de palestras na época da graduação (GNT2) e uma relatou ter tido apenas um contato com o CAPS AD de seu município

num intervalo de nove anos de trabalho em APS, para apresentação de fluxograma e receber orientações sobre encaminhamento (GNT3).

As profissionais capacitadas assim o foram por iniciativas isoladas, ou de grupo de pesquisadores (GT1 e GT2) ou por iniciativa própria (GS1 e GS2), e não propriamente a partir de uma política local que reconhecesse sua importância ou que buscasse reorganizar saberes e conhecimentos a partir das necessidades de ordem prática.

Inicialmente pensou-se em mais duas enfermeiras do município A para compor o grupo GNT, no entanto, quando partimos para recrutar esta população tivemos dificuldade, pois nos deparamos com uma situação que caracterizaria um critério de exclusão: as UBS's do município A passaram por treinamento recente para atuação na prevenção ao tabagismo, pelo INCA (Instituto Nacional de Câncer), o que poderia comprometer os dados, já que todas tiveram acesso à informação e treino de habilidades para atuarem, como por exemplo, nos princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental, o que poderia torná-las mais motivadas, habilitadas e conscientes da necessidade do trabalho de prevenção às outras substâncias a partir do treinamento recebido.

Apenas uma enfermeira do município A pôde compor o GNT (GNT3), pois somente a mesma declarou não ter passado por nenhuma capacitação em álcool, outras drogas e tabaco. Sua inclusão no estudo se deu como opção para no caso de encontrarmos diferenças importantes na atuação de GNT podermos pensá-las relativas à ausência de treinamento e não somente ao fato de tratar-se de uma população que tem acesso restrito à informação, pois o município C não conta com universidades, CAPS AD, centros de formação e nem mesmo uma vida cultural ativa, diferentemente do município A.

Os três municípios envolvidos na pesquisa são localizados na região da Zona da Mata Mineira. O município A tem aproximadamente 500.000 habitantes e 82 equipes de PSF; o município B tem aproximadamente 9.750 habitantes e três equipes de PSF e o município C, 8.910 habitantes e três equipes de PSF. Todas as entrevistadas são integrantes de equipes de PSF em seus municípios.

5.1.2 As capacitações

As enfermeiras do grupo GT foram submetidas ao treinamento presencial de oito horas que visava capacitá-las, assim como toda sua equipe (quarenta profissionais), para a prática de triagem associada à intervenção breve para prevenção do uso de risco de álcool. Suas participações se deram a partir de um contato de pesquisadores com os gestores de saúde de seu município, que se dispuseram a participar de uma pesquisa e disponibilizaram suas equipes de PSF.

Receberam acompanhamento primeiramente semanal dos treinadores durante o primeiro mês após a conclusão da capacitação, depois passando a mensal nos seis meses seguintes até a avaliação de seguimento. Vale ressaltar que a participação do gestor de saúde do município desde o início do processo contribuiu sobremaneira para a maior efetividade da implementação do projeto nestes seis primeiros meses, como concluiu o estudo realizado por Ronzani e cols. (2009), sendo responsável pela maior adesão dos profissionais de saúde à realização da TIB e sua incorporação em suas rotinas naquele período.

O grupo GS, formado por duas enfermeiras do município A, recebeu uma capacitação na modalidade de ensino à distância, cuja proposta

[...] foi baseada principalmente na concepção de auto-aprendizagem, considerando o profissional da saúde um estudante autônomo para conduzir seu próprio processo de aprendizagem, definir seu ritmo de estudo e suas prioridades, estabelecer suas próprias relações contextuais e tirar suas conclusões para a vida prática. (SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS, 2006, p.11).

As enfermeiras do grupo GS atuam em PSF's diferentes e suas iniciativas de procura pelo SUPERA ocorreram por livre e espontânea vontade e de forma isolada, tendo ambas tomado conhecimento do mesmo através de seus colegas de trabalho, "durante o café".

O curso SUPERA teve duração de três meses com carga horária de 90 horas. Os participantes receberam acompanhamento de tutores durante o curso e amplo material com conteúdo para uso off-line, assim como CD-ROM com vídeo ilustrativo de entrevistas que ilustram a prática de rastreamento e intervenção breve, viabilizando a consulta a qualquer momento.

Estudo de Rodrigues (2009) sobre custo-efetividade do SUPERA, enquanto treinamento à distância, concluiu que o mesmo teve 81% de adesão e 80% de aprovação dos inscritos que aderiram, contrariando a média de adesão de outros cursos de EaD que acontecem exclusivamente à distância, cuja média de evasão varia entre 30% e 50% (COELHO, 2002; COELHO, 2003; MAIA; MEIRELLES; PELA, 2004 apud RODRIGUES, 2009). A nota média para auto-avaliação relativa ao próprio aproveitamento no curso foi de 8,3 (DP=1,03) numa escala de 0 a 10, sendo que 94% dos alunos que concluíram consideraram-se aptos a realizar procedimentos de intervenção breve e 96%, a encaminhar dependentes a serviços do sistema de saúde (RODRIGUES, 2009). O que, segundo Rodrigues (2009), denota que o curso parece ter atendido às expectativas dos alunos, apresentando nota média de satisfação de 9,3 (DP=0,96) numa escala de 0 a 10.

5.1.3 Instrumentos

Os instrumentos de pesquisa foram os questionários estruturados, dirigidos a todas as profissionais de APS participantes deste estudo:

- Questionário sociodemográfico (Apêndice A), que identifica as principais características dos profissionais entrevistados: sexo, idade, formação profissional (ensino fundamental, médio, superior, pós-graduado), tempo de formado, instituição onde se graduou (tendo se graduado no ensino superior), estado civil, tempo de ingresso no PSF, critério de ingresso (concurso ou contrato);
- Roteiro de entrevista semi-estruturada sobre práticas de prevenção e concepções acerca dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, aplicado entre os profissionais dos grupos GT, GS e GNT, testado em piloto realizado junto a outros profissionais de saúde do município A, em outubro de 2008 (Apêndice B).

5.1.4 Delineamento da pesquisa

O presente estudo é do tipo exploratório, de definição intencional da amostra.

Utilizou-se para a coleta de dados a entrevista, de caráter interacional (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2008). Neste caso, na coleta de informações trabalhamos com entrevista semi-estruturada, combinando perguntas fechadas e abertas a fim de que as entrevistadas pudessem discorrer com mais liberdade sobre os temas pesquisados.

A entrevista semi-estruturada tanto pôde viabilizar o acesso às informações assimiladas nos cursos presencial e/ou à distância, na implementação de práticas na rotina dos serviços de APS, através da adoção de um instrumento de rastreamento (AUDIT ou algum outro) e intervenção breve, ou alguma outra prática de intervenção específica para álcool e outras drogas, nos grupos GT e GS, quanto também o acesso às informações que o grupo GNT dispõe.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF (Anexo A), assim como pelas secretarias de saúde dos municípios envolvidos (GT, GS e GNT).

As entrevistas com as 7 profissionais envolvidas aconteceram durante o mês de novembro de 2008. As profissionais entrevistadas apresentaram consentimento formal. Foram coletados dados sociodemográficos e em seguida deu-se início à entrevista.

O presente estudo teve a entrevista semi-estruturada como fonte de informação (MINAYO, 2006) a respeito de atitudes, práticas e crenças relativas a ações de prevenção em álcool e outras drogas na APS, seu envolvimento, suas dificuldades e sugestões.

As profissionais que compõem o GS e o GT concluíram suas capacitações (com metodologia à distância e presencial, respectivamente) até junho de 2007, o que sugere haver um lapso de tempo conveniente para se proceder a avaliação da absorção dos conteúdos em suas práticas e crenças.

Foram analisados neste estudo dados provenientes da metodologia qualitativa.

A análise qualitativa se deu através da análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Após a transcrição dos relatos, que foram gravados em mídia eletrônica, partimos para o recorte dos mesmos em unidades comparáveis de categorização para daí procedermos à análise temática. Na realização da análise vertical das entrevistas de cada grupo, buscamos identificar os elementos mais significativos das falas e os agrupamos em categorias e subcategorias. Em seguida realizamos a categorização horizontal dos relatos apresentados na entrevista dos três grupos (GT, GS e GNT), onde através da análise da frequência avaliamos a tendência geral dos participantes em relação a cada tema estudado.

Os quadros da categorização vertical e horizontal encontram-se disponíveis nos apêndices (Apêndice D e Apêndice E) e neles estão evidentes os seis temas estudados e seus respectivos subtemas: Capacitação; Práticas; Atitudes; Crenças sobre álcool e outras drogas; Conhecimentos específicos sobre tratamentos para álcool e outras drogas; Sentimentos envolvidos ao lidar com o tema álcool e outras drogas. As categorias estão representadas pelo símbolo “•” e as subcategorias por “_”.

A partir da realização da primeira “leitura flutuante” das transcrições das entrevistas, como sugerido por Bardin (1977, p.60), julgamos oportuno incluir os temas “Conhecimentos específicos sobre tratamentos para álcool e outras drogas” e “Sentimentos envolvidos ao lidar com o tema álcool e outras drogas” na categorização vertical, pois os mesmos “libertarem-se naturalmente do texto analisado”, tornando-se importantes “núcleos de sentido” dentro do nosso “objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1979 apud MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2008, p.86,87), que define as atitudes como “avaliação global de um objeto”, derivada de três fontes de informações: respostas afetivas, cognitivas e comportamentais (CAVAZZA, 2008).

Ao analisarmos as atitudes das profissionais entrevistadas, certamente nos valeu atentar para seus sentimentos envolvidos, uma vez que as atitudes enquanto aquelas que orientam a relação entre o indivíduo e o ambiente (CAVAZZA, 2008), segundo o modelo tripartido das atitudes (ROSENBERG; HOVLAND, 1960 apud CAVAZZA, 2008), apresentam um componente cognitivo (analisado aqui através das crenças), um afetivo/emotivo e um comportamental (analisado, neste nosso estudo, através das práticas de prevenção em álcool e outras drogas, buscando sua correlação com as atitudes, como iremos discorrer mais adiante).

Julgamos importante dar destaque ao tema “Conhecimentos específicos sobre tratamentos para álcool e outras drogas” por ser um possível indicador de assimilação de conhecimentos nos treinamentos, uma vez que em ambos os casos (presencial e SUPERA) foram apresentadas alternativas de tratamento e também uma vez que não saber como tratar ou prevenir, assim como ignorar outras possibilidades de tratamentos alternativos pode ser um motivo para não se dispor a identificar casos (rastrear).

5.1.5 Aspectos éticos

O presente projeto foi submetido à apreciação da Subsecretaria da Atenção Básica e Atenção Secundária, na Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental da Prefeitura do município A, das Secretarias de Saúde dos municípios de B e C, assim como pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Anexo A), localizado no Campus Universitário da UFJF.⁵

Conforme já relatado acima os representantes das UBS's consentiram sobre a realização da pesquisa, sendo que além deste consentimento, cada participante assinou também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que informa o tipo de pesquisa, seus objetivos e esclarece que a participação será voluntária, não prevendo qualquer ressarcimento aos voluntários, além de garantir que tanto sua participação, quanto a não-concordância em participar do projeto não lhes acarretará prejuízo de qualquer natureza. No termo, também se estabelece um compromisso com a privacidade de cada participante e a utilização confidencial e sigilosa dos dados colhidos (Apêndice C).

A realização das atividades do projeto em horário de trabalho, e conforme as possibilidades da equipe, reduziu eventuais deslocamentos e extensão das horas trabalhadas.

Os resultados serão divulgados em meios públicos, respeitando os critérios relatados acima e com honestidade científica.

⁵ Devido à mudança de direcionamento da pesquisa, ocorreram alterações no projeto (Apêndice F).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Características sociodemográficas

A partir deste momento apresentaremos a caracterização dos participantes e em seguida a síntese interpretativa, onde iremos compor a análise das entrevistas unindo a base teórica adotada, aos objetivos do estudo e os dados empíricos, como sugere Minayo, Deslandes e Gomes (2008).

Cinco integrantes deste grupo graduaram-se em universidade pública e duas, em universidade particular. Todo o grupo tem curso de pós-graduação.

O ingresso das profissionais na APS foi imediato à graduação entre cinco das entrevistadas e 2 anos após a mesma, entre 2 delas. Quatro apresentam vínculo atual por concurso público e 3, contrato temporário.

Questionadas sobre o motivo da opção pelo trabalho na APS/PSF, seis responderam tratar-se da identificação com o trabalho e uma afirmou ser a oportunidade de trabalho mais acessível.

No tocante à satisfação no trabalho, numa escala que varia entre nada satisfeito e totalmente satisfeito, 4 se dizem satisfeitas e 3, totalmente satisfeitas.

A frequência de realização de atividades de prevenção e promoção de saúde foi apontada como sempre presente entre 6 das participantes e 1 relatou realizar quase sempre.

Quando perguntadas sobre a frequência com que seus colegas praticam atividades de prevenção e promoção de saúde, 1 repetiu o que afirmara quanto a si mesma, “quase sempre”; 2 diferiram de si, entre “quase sempre” e “às vezes” e as demais confirmaram que eles também praticam sempre.

Entre as respostas relativas à motivação para trabalhos de prevenção ao uso nocivo de álcool, numa escala que varia entre totalmente desmotivado e totalmente motivado, 1 se diz totalmente motivada, 5 se dizem motivadas, 1 se diz neutra.

Os colegas são vistos como motivados para realização destes trabalhos por 4 entrevistadas e neutros por 3 delas. Neste caso, assim como na pergunta relativa às práticas pelos colegas de prevenção e promoção de saúde as diferenças entre

suas próprias respostas e as atribuições a terceiros se expliquem talvez por um mecanismo que a Psicologia chama de projeção da própria subjetividade, onde a pessoa expõe suas dificuldades ao falar de terceiros, sem perceber que assim o faz. Somado a isso, o mecanismo de identificação comum entre integrantes de um mesmo grupo, pode fazer com que ao atribuir algo aos colegas o sujeito defina a sua própria prática (RONZANI, 2002). Daí a importância de perguntas relativas à visão que as entrevistadas têm de seus colegas.

Durante a aplicação do questionário as entrevistadas se disseram satisfeitas em atuar em APS, sendo que uma integrante do GT, com contrato temporário, assumiu estar lá devido ao fato de ter sido a oportunidade de trabalho que surgiu. A grande maioria (6) se diz praticante de ações de prevenção e promoção de saúde, mas quando questionadas sobre seus colegas, 3 delas acreditam que eles praticam “quase sempre” ou “às vezes”. Se nos valermos do mecanismo de atribuição descrito anteriormente, ou seja, “existe uma identificação entre membros de um grupo, sendo assim atribuir determinadas características aos colegas pode representar caracterizar o próprio trabalho” corroborando mais uma vez o estudo de Ronzani (2002, p.65), poderíamos talvez pensar que as práticas de prevenção e promoção não se façam tão presentes assim em suas realidades.

As respostas relativas à motivação dos colegas para o trabalho na área de álcool e drogas, apresentam 3 como “neutros”, em contraposição à 1 resposta de neutralidade das próprias entrevistadas. A dificuldade em se posicionar, que muitas vezes é aplacada por este tipo de resposta, talvez demonstre a indisposição de grande parte do grupo (3 entre 7) na atuação em prevenção em álcool e outras drogas.

Como veremos a seguir ao apresentar, o tema álcool e drogas parece negligenciado no contexto de atuação destas profissionais, principalmente no tocante à ações de promoção de saúde, com amplo reconhecimento do despreparo para lidar com ele.

6.2 O papel da capacitação na rotina da assistência

Apresentaremos uma análise do conjunto das principais variáveis categoriais observadas nos relatos das entrevistadas, cujos temas e principais subtemas abordados encontram-se abaixo em destaque e disponíveis na íntegra nos Quadros de Categorização Vertical e Horizontal inseridos, respectivamente, nos Apêndices deste trabalho (Apêndice D e Apêndice E).

6.2.1 Capacitação

6.2.1.1 Cursos

Somente uma entrevistada (GNT) afirma não ter tido nenhum contato formal com o tema álcool e outras drogas apesar de seus nove anos de prática em APS e de atuar em município onde tem um CAPS AD.

Olha, eu acho assim que são muito insuficientes, né? Porque, por exemplo, nesses 9 anos que eu estou aqui na UBS praticamente o que a gente teve foi com relação ao CAPS AD, mas...a nível de fluxograma, de como é organizado o serviço [...] Algo específico pra álcool e drogas, eu não. Logo quando eu entrei teve uma, é, teve também alguns treinamentos, mas falando assim do CRESAM de um modo geral, né? E que citava dentro do CRESAM, o álcool e droga. Mas sempre assim: como a gente fazer pra encaminhar, né? Só nessas questões, agora o tratamento em si, o lidar em si com o cliente ali, não! (GNT3)

As outras integrantes do GNT tiveram algum contato durante a universidade, seja através de palestras ou mesmo uma capacitação de 40 horas e as demais foram treinadas apenas presencialmente (GT) ou pelo SUPERA (GS). Mas nenhuma delas declarou se sentir preparada para lidar na prevenção e promoção de saúde em álcool e outras drogas a partir de sua formação acadêmica, algumas vezes até deixando claro a insuficiência deste preparo:

[...] os profissionais infelizmente saem da graduação, sem qualquer prática, mesmo que de nível médio, sem preparo para lidar, embora exista toda uma política, secretaria, tudo...pra álcool e droga, acredito que isso é pouco divulgado para APS, que está aqui na ponta! [...] até então, nossa cabeça era tuberculose, hanseníase, puericultura, pré-natal, preventivo [...] o que está faltando, então? Eu acho que é principalmente você sair da graduação com isso, com isso na cabeça. Entendeu? A gente aprende o curativo, a vacina, o acolhimento...mas a gente não aprende álcool e drogas como deveria aprender [...] você vem pra cá sem isso incorporado na sua formação [...] (GT2)

O emprego de estratégias de prevenção parece vem sendo negligenciadas na APS, talvez pela pouca (ou nenhuma) familiaridade com as prioridades da política do álcool, que tornaram-se consenso⁶ no governo brasileiro a partir de estudos de pesquisadores da área juntamente com a OMS, que há mais de 30 anos estimula o debate entre acadêmicos e responsáveis pela formulação de políticas públicas (BABOR et al., 2003; LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

A política de álcool e outras drogas em nosso país, principalmente no tocante à capacitação, parece ainda distante da realidade do profissional de saúde, apesar de presente entre as dez prioridades na APS e descrita em uma política muito bem articulada que prevê a formação de recursos humanos na área.

Como podemos constatar na fala de uma das entrevistadas (GT2):

Acho que todo profissional que trabalha na APS devia passar por essa capacitação, devia ser assim, uma coisa...é...sinceramente, porque eu não sei se você conhece a portaria 648, que trata da APS?.Ela fala de hanseníase, de tuberculose, da saúde da criança...ela não fala nada de álcool e drogas. Não tem nenhum indicador nosso que fale de álcool e drogas. Então acredito que começa daí, porque quando a gente é cobrado, a gente é cobrado em cima de uma linha de trabalho, tem metas, alcançar as metas, os indicadores. Acredito que se houvesse, não sei qual, de repente nem imagino qual o indicador seria, como deveria ser avaliado, mas eu vejo que deveria ser acrescentado algum indicador, uma meta em torno disso aí...no combate ao álcool e drogas. (GT2).

A literatura confirma a importância do papel dos enfermeiros para atuarem neste âmbito (SILVA et al., 2007; PILLON; LUIS, 2004) apesar de ter seu potencial subutilizado (MITCHELL, 2009; BENDTSEN; ÅKERLIND, 1999), mas a inconsistência do tema no currículo dos profissionais de saúde (AIRA et al., 2003;

⁶ “A palavra consenso indica que as decisões provêm de evidência fartamente documentada a ponto de constituírem consenso entre os especialistas e autoridades da área; devem provir, também, do alcance legítimo de legisladores ou outras autoridades constituídas em prol do interesse público, nunca da indústria ou de seus lobbies.” (LARANJEIRA; ROMANO, 2004, p.69).

LOPES; LUIS, 2005), assim como a ausência na agenda na atenção primária talvez não permita a incorporação da temática na prática (VIANNA, 2008).

O processo de incorporação da informação na prática é complexo e neste sentido é vasta a indicação na literatura de formação permanente em recursos humanos (BACKES et al., 2007; GARCIA; BATISTA, 2007; CAMARGO JÚNIOR et al., 2008; CECCIM, 2005; KIELING; GONÇALVES, 2007; BOSCH-CAPBLANCH; GARNER, 2008; CHRISTANTE et al., 2003; BENDTSEN; AKERLIND, 1999; TOWLE, 1998), uma vez que muito já se carregou na expectativa da formação acadêmica como suficiente e sabe-se que prescrição de trabalho não se traduz em trabalho realizado (CECCIM, 2005). O que se espera é a superação do modelo de serviços centrados em procedimentos para serviços que consigam implementar espaços de discussão, análise, supervisão e reflexão da prática no cotidiano do trabalho com eixo na integralidade e autonomia (CECCIM, 2005; CECCIM, 2007).

Acho que quando retoma um pouco essa coisa do álcool, da droga, a gente volta...vai voltando, né? [...] Mas acho que ele vai se perdendo um pouco, depois se não tiver uma continuidade. (GS1).

Acho que o curso foi excelente, acho que deveria continuar [...] Acho que tem que continuar vindo material... acho que deveria ter um curso, de repente, agora para quem já fez, para continuar se atualizando [...] Porque você fez, pára, você vai perdendo, muitas vezes nem abre mais o material, acho que deveria ter uma continuidade desse contato com a gente. (GS2).

A carga horária foi boa, mas eu acho assim se fosse mais vezes...Mais espaçado! [...] Carga horária também um pouco maior, acho que ajudaria melhor [...] Porque primeiro você tem o treinamento, mas você nunca foi na prática. Acho que aí integraria, a prática com a aplicação do questionário, AUDIT, e a orientação por parte dos tutores [...] Elas até acompanhavam, vinham aqui, davam as orientações, faziam a coleta de dados, mas acho que um grupão valeria a pena! [...] mas eu acho que o pouco que eu aprendi, apliquei... (GT1).

Nós fizemos a capacitação em abril, foi até quando a gente teve...eu acredito que durante 6 meses elas ainda vieram aqui nos acompanhando [...] Depois disso, durante uns 2 ou 3 meses a gente ainda seguiu sozinho, depois a gente murchou...aí paramos com as discussões [...] Tem que ter desfecho e esse desfecho, pelo menos eu percebi que se dá na discussão, porque na discussão eles encontram o quê? Soluções, a troca de experiência, a troca de ideias...na minha área tem um mesmo caso, eu fiz assim, deu certo [...] Eu acredito que não foi para frente porque a gente deixou de ter esse acompanhamento, esse acompanhamento era muito bom! (GT2).

Todas as integrantes dos grupos treinados, presencialmente ou à distância, referiram-se, com ênfase, à necessidade de continuidade das ações educativas às

quais foram submetidas, ressaltando a carência do contato humano, troca de experiências, adequação do conteúdo às realidades cotidianas do cuidado, reafirmando o que a literatura já consagrou como essencial no processo de educação na saúde: onde a política de formação de recursos humanos é permanente, a incorporação de informação é mais eficaz, sendo a supervisão um elo fundamental entre os níveis de atenção no sistema de saúde, promovendo contínua melhoria na *performance* clínica dos profissionais de saúde que sabidamente melhoram também o desfecho clínico (BOSCH-CAPBLANCH; GARNER, 2008; CAMARGO JÚNIOR et al., 2008; CHRISTANTE et al., 2003; RUTZ; Von KNORRING; WALINDER, 1992).

A entrevistada integrante do GNT, que passara por uma capacitação na época de sua graduação, também fez referência à falta que sente de um espaço aberto de discussão da prática: “Mudou porque pude ter visão diferente da que tinha, porque ver em livro é diferente. Estudo de caso, relato de experiência é bem mais interessante” (GNT1), referindo-se a uma capacitação de 40 horas que teve quando era estudante, há mais de 5 anos.

6.2.1.2 Aplicação na prática

As quatro profissionais que receberam capacitação no último ano declararam não ter dado continuidade às ações treinadas. No grupo GS, uma das entrevistadas declarou que houve influência positiva em sua prática individual diária, mas que devido ao fato de ter sido somente ela treinada em sua equipe de trabalho, não houve o que Ceccim (2005, p.165) chama de “organização de ação em cadeia” no trabalho, e nem mesmo “incorporação de inovação” (SALVERON; ARNEY; SCOTT, 2006), mantendo nestes casos, o conhecimento produzido na rede acadêmica alienado dos serviços, na contramão do que hoje se espera numa ação de capacitação, que é produzir e disseminar conhecimentos, tecnologias que se sustentem no processo (BUSS, 1999).

Apesar de eu não estar usando o material, questionário, né? Porque a gente não teve essa capacitação para usar o questionário, não foi padronizado, então não tem como eu estar introduzindo isso aqui [...] então eu tenho tido retornos disso, o pessoal está procurando para eu estar encaminhando, para pedir orientação... tanto usuário de álcool e drogas, quanto as famílias [...] ajudou muito na abordagem. (GS2).

As demais reafirmaram a necessidade de continuidade de supervisão, como fator importante na sustentabilidade de projetos como este, corroborando a literatura (BABOR et al., 2005; BALLBÈ et al., 2009; BENDTSEN; AKERLIND, 1999; RASSOOL; RAWAF, 2008), apesar de ainda não haver um consenso em relação ao tempo necessário para este acompanhamento, sabe-se que os efeitos são sentidos até três meses em geral, mas não são sustentados no mesmo nível até doze meses (SAITZ; GALANTER, 2008).

[...] Nós fizemos a capacitação em abril, foi até quando a gente teve... eu acredito que durante 6 meses elas ainda vieram aqui nos acompanhando [...] Depois disso, durante uns 2 ou 3 meses a gente ainda seguiu sozinho, depois a gente murchou... aí nós paramos com as discussões. (GT2).

6.2.1.3 Pretensão de aprofundamento nos conhecimentos sobre álcool e outras drogas

As entrevistadas foram unânimes em dizer da necessidade de se estudar o tema, uma vez que ele está presente em suas rotinas na assistência, sendo que três delas ressaltaram a importância disto acontecer dentro do contexto da APS e uma, lembra da necessidade de se fazer cumprir o papel do CAPS enquanto ordenador da rede no território de abrangência:

Tenho vontade, sim... como eu te falei, eu acho que tem que ter continuidade do curso [...] Até mesmo nessa questão de introduzir na unidade, o tratamento, ter uma referência melhor para você estar discutindo os casos, eles estarem indo, voltando [...] minha esperança é que quando criar um CAPS maior, que aí a gente possa fazer isso...regionalizar. (GS2).

Acho que todo profissional que trabalha na APS, devia passar por essa capacitação, devia ser assim, uma coisa...porque eu não sei se você conhece a portaria 648, que trata de APS? Ela fala de hanseníase, de tuberculose [...] ela não fala nada de álcool e drogas. (GT2).

Acho que assim, a gente tem que continuar porque esse é um problema que sempre vai ocorrer [...] Pra essa condição de uso abusivo não trazer mais problemas de saúde também. A gente trabalha com prevenção. (GT1).

A citada Portaria 648, de 28 de março de 2006, apresenta como atribuição específica do enfermeiro “realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF [...]” (BRASIL, 2006),⁷ assim como também fala que compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal “desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica” (BRASIL, 2006).⁸ Uma vez presente entre os dez problemas de saúde a serem priorizados pelo PSF (MINTO et al., 2007), torna evidente a urgência em familiarizar o profissional de saúde sobre as prioridades da Política do Álcool (LARANJEIRA; ROMANO, 2004), assim como fazer valer a tão almejada congruência entre as pesquisas (que embasam as políticas), as políticas em si e as agendas dos profissionais (PHC RIS RESEARCH TEAM et al., 2009).

6.2.2 Práticas

6.2.2.1 Avaliação do padrão de consumo de álcool e outras drogas entre usuários de APS

Ao avaliarmos a subtemática “avaliação do padrão de consumo”, observamos que seis entre as sete entrevistadas responderam que realizam alguma intervenção (que não é propriamente avaliação de padrão de consumo, que era do que a pergunta tratava) com aqueles pacientes que já apresentam problemas

⁷ c.f. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006, seção 1, p.71. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Anexo 1, item 2

⁸ c.f. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006, seção 1, p.71. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Item 2.1, X.

(sociais, de saúde) relacionados ao consumo de substâncias, confirmando o que já foi dito:

Nenhum dos médicos estão prontos para questionarem sobre consumo de álcool rotineiramente em todas as consultas, mas somente quando há motivo conectado com o álcool. Em muitas situações, assim como pressão alta, diabetes, problemas digestivos, médicos têm o costume de colher história. Contudo, álcool nunca foi incluído na lista deles de fatores de risco no estilo de vida. Se havia irregularidade no resultado de exame de laboratório, isto servia de base para se perguntar sobre o nível de consumo de álcool do paciente. No entanto, exames de laboratório, como o GGT (Gama GT) não fazem parte da rotina. Os médicos só solicitam estes exames quando há enorme evidência de alcoolismo. (AIRA et al., 2003, p.274).

Observamos ainda prevalente a ênfase na doença, descuidando da vertente preventiva e da atuação sanitária (BALLBÈ et al., 2009), o que vai sabidamente determinar a forma de planejar ações e intervir no cenário da saúde pública, com ações de intervenção dentro do modelo biomédico, que apresenta respostas prontas em oposição ao princípio da autonomia, que considera a saúde como algo singular (CANDEIAS, 1997; CECCIM, 2007).

[...] Vamos naquele que a gente sabe que bebe. Paciente caído, na rua...acho que isso aí já é uma forma de eu avaliar [...] Informalmente. (GT2).

Prejudica, às vezes, o familiar, o vizinho...aí a gente faz uma intervenção. (GS1).

A gente avalia, conversa [...] Principalmente quando tem alguma doença crônica envolvida, a gente dá medicação e como é que você dá medicação para uma pessoa que está ingerindo bebida alcoólica diariamente? (GNT2).

É alguma relação ou algum prejuízo maior e se tiver com álcool associado pode me acarretar problema maior com aquela doença [...] Não é de rotina! (GNT3).

De rotina, assim, não, só daqueles que já têm uma história, mesmo, ou que eu já desconfiei do uso, aí sim, eu faço uma abordagem e converso com ele. (GS2).

Avalio, mas de forma informal, não tem assim uma escala, a gente não trabalha com isso [...] por exemplo, estou com paciente que está me dando problema por causa de álcool, de tuberculose, tem que fazer uso de medicação controlada, eu faço tratamento supervisionado dele! (GNT1).

A entrevistada que respondeu afirmativamente, dizendo que avalia padrão de consumo em sua rotina, referia-se ao tabagismo (GT1), usando escala, avaliando

grau de dependência e encaminhando para o grupo de terapia, assim como a outra entrevistada deste mesmo grupo. Após a capacitação oferecida pelo grupo da UFJF, ingressou na equipe um psicólogo que, segundo as entrevistadas, iniciou um projeto de tratamento do tabagismo, com apoio logístico do INCA. Este tipo de relato nos leva, mais uma vez, a questionar os fatores que envolvem a adesão às práticas de prevenção ao tabagismo de forma tão eficaz no Brasil (TEMPORÃO, 2005) já ressaltados ao longo deste estudo, como intersetorialidade das ações, avaliação de efetividade e de custo-benefício (SILVA et al., 2007; CAVALCANTE, 2005), porém sem a pretensão aqui de esgotá-los, uma vez que merecem atenção especial em pesquisas para este fim.

Entre as entrevistadas, o enfoque da intervenção em álcool e outras drogas ainda é curativo, em contraposição ao princípio da integralidade, pressuposto básico dos programas de saúde da família, que visa uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde do sujeito (ALVES, 2005). Assim como em contraposição ao que fora proposto nas capacitações a que foram submetidos os grupos GT e GS, uma vez que foram treinados para poderem dispor de um instrumento de triagem (AUDIT) e Intervenção Breve (IB), a fim de rastreamento de uso abusivo de álcool e outras drogas e poderem intervir de forma comprovadamente eficaz em pessoas que encontram-se na faixa de uso de risco, criando um ambiente de apoio para o paciente que passa a dispor de alternativas diante de sua problemática com o álcool e/ou a droga, num contexto de autonomia, sintonia com a proposta de redução de danos discutida neste estudo anteriormente (AMARAL; FORMIGONI, 2006; MARLATT et al., 1999).

Ficou evidente nas respostas que nenhuma das entrevistadas realiza avaliação de padrão de consumo de álcool e outras drogas utilizando-se de instrumentos validados para este fim.

6.2.2.2 Forma de abordar o assunto álcool e outras drogas entre usuários de APS

Poxa, a pressão da senhora está alta, só vai controlar com a medicação...para um pouquinho, deixa a cachacinha de lado...é bom trocar por outra coisa, fazer outra coisa que a senhora gosta... (GNT2).

[...] o que eu faço é expor os prejuízos, por exemplo, no caso dessa gestante eu vou expor o risco do aborto, do parto prematuro, dos prejuízos e mostrar que tem um tratamento, que a gente pode estar intervindo, mas algumas vezes não tem como eu forçar também a fazer um tratamento. A não ser que ela fale. Aí é ruim, porque a gente sente essa impotência, né? (GNT3).

Digo olha, isso aqui não pode, você não pode vir aqui assim fazer curativo...se você continuar bebendo, o curativo não vai evoluir. (GNT1).

[...] abordo mostrando para ele os riscos, os malefícios, os prejuízos que a doença traz para ele... (GT2).

[...] a gente tenta relacionar, falar da ação do medicamento com o álcool, com a droga, pra gente abordar assim, juntar os dois abordando de forma integral, não só visando o álcool e a droga, visando também a doença. (GT1).

As respostas expressam mais uma vez a tão proclamada prática fragmentada e reducionista, com declarada dicotomização entre assistência e prevenção, contrapondo-se ao princípio da integralidade (ALVES, 2005), mantendo o paciente ignorante diante das possibilidades e ferramentas que ele pode dispor para modificar seu consumo de substâncias (princípios da intervenção breve, por exemplo), e estigmatizado, uma vez que não sabendo como fazer para mudar, seu consumo tende a se cronificar.

Observamos a não incorporação da temática álcool e drogas numa perspectiva mais ampla, nominalmente, como diria Camargo Júnior (2009), a da saúde da família, uma vez que sugere-se que a prevenção ao uso de risco de álcool e outras drogas deva ser ensinado junto com outros fatores de risco em geral, no contexto da saúde (AIRA et al., 2003).

Categorizamos como “aconselhamento” a forma de abordar destas cinco entrevistadas citadas acima, porém vale ressaltar que parece tratar-se de um aconselhamento dentro da ótica reducionista da biomedicina, cujo discurso denota um higienismo e as intervenções são normalizadoras, baseadas numa relação vertical, sem valorização das trocas interpessoais (ALVES, 2005; SILVA et al., 2007).

No que tange especificamente ao uso de substâncias psicoativas, segundo Lopes e Luis (2005),

[...] o modelo de doença envolve a aceitação de que o uso da substância exerce um papel fundamental na doença e que o indivíduo espera ser tratado como doente. Este enfoque pressupõe recuperá-lo do uso, abuso e /ou dependência de substâncias, sendo a abstinência total a meta a ser atingida. (LOPES; LUIS, 2005, p.877).

Uma contradição ao modelo proposto pela OMS e Ministério da Saúde (estratégia de redução de danos), cujo enfoque é biopsicossocial, numa apreensão ampliada das necessidades da população, o que sugere uma abordagem dialógica, ou seja, vá além da transmissão de informação para a saúde e divida responsabilidades entre os serviços e a população assistida, transformando saberes existentes (ALVES, 2005; SILVA et al., 2007; HELLER; McCOY; CUNNINGHAM, 2004; MARLATT et al., 1999; MATTOS, 2009).

Há referências na literatura da prática do aconselhamento como componente indispensável no tratamento de pessoas com problemas pelo uso de álcool e outras drogas, porém de base cognitivo-comportamental, onde o problema é avaliado de forma personalizada (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE; NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, [2007?]; PILLON; LUIS, 2004)

[...] com desenvolvimento de acordo mútuo por meio do qual sejam explicitados os objetivos do usuário e aqueles do tratamento, podendo ser utilizados vários meios para favorecer a adesão: manual de atividades diárias a ser preenchido pelo cliente, cartão de controle pessoal do uso da substância, contatos telefônicos, visitas domiciliares, encaminhamento a outros profissionais e parcerias com grupos de auto-ajuda (PILLON; LUIS, 2004, p.681).

A entrevistada GS1 expressou algo mais próximo de uma perspectiva integral, ou seja, tentando inserir o assunto dentro do contexto de saúde em geral:

Pergunto como que tem sido a rotina dele...se ele faz uso de alguma bebida alcoólica, como é que é isso para ele...se ele já experimentou droga alguma vez... a gente vai conversando com o paciente...deixando ele á vontade, e a maioria tem relatado que sim, ou que não. (GS1).

E GS2 não detalhou a forma como aborda, apenas afirmou ser a maior parte das vezes, em grupo.

6.2.2.3 Forma de identificação de problemas com álcool e outras drogas

A análise das respostas apresentadas pelas sete entrevistadas nesta subtemática denota a falta de critério claro de avaliação do padrão de consumo de substâncias entre as profissionais da APS, com utilização de critérios subjetivos, baseados em estereótipos compartilhados entre a população e profissionais onde somente os pacientes claramente comprometidos tem algum tipo de atendimento, sem possibilidade de atuação preventiva ou na fase inicial do problema como confirmou estudo de Ronzani (2008) sobre padrão de uso de álcool entre pacientes da Atenção Primária à Saúde em municípios mineiros.

O que eu já desconfiei do uso, aí sim, eu faço uma abordagem... (GS2).

[...] É que além dele causar problema para ele mesmo, [...] prejudica às vezes, o familiar, o vizinho... e aí a gente faz uma intervenção. (GS1).

Se sabe pela ferida se ele está bebendo, ou não [...] Depois você vai descobrir através da visita... da própria população que fala: olha, aquele ali bebe e deixa as crianças sozinhas ... aí é que a gente vai descobrir o problema, não na hora da anamnese. (GNT1).

[...] Mas tem uns que assim, você tem certeza que... porque tem o cheiro ali, né? Tem a postura, mas muitos negam [...] às vezes até um outro familiar vem fora e fala: olha, fulana, fica atenta porque ela usa e tal... (GNT3).

A família disse que usava droga também... (GNT2).

As respostas foram categorizadas principalmente entre “observação da conduta” (6), “denúncia de terceiros” (3) e “observação da evolução clínica” (3). A abdicação de recursos objetivos para avaliação do problema, somada à importância das “denúncias familiares” no diagnóstico, nos parece coerente com a ideia de que o problema com álcool e outras drogas não deva ser investigado como algo do âmbito da saúde, mas sim da esfera privada, que não deva ser invadida, contribuindo, provavelmente, para a subnotificação de casos, já demonstrada pela literatura (RONZANI, 2008).

6.2.2.4 Implementação de ações de conscientização na população local

Duas das entrevistadas pertencentes ao grupo treinado presencialmente relataram ter alguma ação junto á comunidade, porém, no tocante a álcool e outras drogas, numa iniciativa pessoal do psicólogo que fora recentemente contratado para a equipe.

[...] A gente não realiza atualmente nenhum trabalho educativo [...] com os adolescentes, na escola, o José (nome fictício do psicólogo) tem ido trabalhar esta questão de drogas, lícitas e ilícitas [...] já é um grande passo [...] o PSF acompanha, mas é um trabalho mais coordenado por ele... (GT2).

[...] é o grupo de tabagismo, para evitar maiores complicações [...] e hoje também a gente tem [...] o psicólogo faz o grupo, ele fez um projeto de álcool e droga na escola... (GT1).

As demais entrevistadas falaram de iniciativas isoladas:

Palestra a gente já fez...mas assim, pequena população que vem...mas assim, população em massa, mutirão, isso não! (GNT1).

[...] o que a gente costuma fazer é nos grupos educativos [...] toda a vez a gente pega um tema[...] E aí às vezes a gente toca no assunto... (GNT2).

[...] a gente já fez tanto movimento...palestras [...] foi feito em escola, mas não foi o meu grupo... (GS2).

Não tem! (GS1).

Pesquisadores chegaram a um consenso quanto às intervenções e estratégias que são mais efetivas no tocante a diminuição da quantidade de álcool consumido, comportamentos de consumo e os contextos de alto risco causadores dos problemas relacionados ao consumo de álcool na comunidade, sendo o modelo mais amplamente aceito aquele cujas intervenções são ditas ambientais, como prevenção em escola, por exemplo, em contraposição às intervenções individuais (BABOR et al., 2003; LARANJEIRA; DUAILIBI; PINSKI, 2005). No entanto, ressaltase que campanhas isoladas, como “Semana de Combate ao Álcool” (LARANJEIRA; ROMANO, 2004, p.77), são insuficientes, podendo apenas causar satisfação em

quem as promove, sem impacto nos problemas relacionados ao consumo de substâncias propriamente.

A literatura confirma que apesar das enfermeiras em geral representarem uma parte significativa do *staff* na APS em muitos países, elas ainda têm seu potencial subutilizado no trabalho com a prevenção aos problemas com o álcool (BENDTSEN; ÅKERLIND, 1999).

O grupo GT apresentou ações mais efetivas junto à comunidade local, motivadas por um membro novo na equipe que tomou a iniciativa, mas que vem recebendo apoio do grupo, o que talvez possa denotar uma maior abertura deste grupo para as ações de conscientização na comunidade. Os demais (GNT e GS) não expressaram ações claras e nem mesmo consistentes junto à população local.

As integrantes de GT, durante toda a entrevista, ressaltaram a disponibilidade de sua equipe em atuar na prevenção ao tabagismo, a partir do treinamento que receberam do INCA, órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, que coordena as ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

O trabalho de prevenção ao tabagismo, em geral, no Brasil, parece acontecer paralelo às ações de prevenção ao álcool e outras drogas, apresentando maior inserção e aceitação na APS. Sabe-se que “[...] o Brasil tem conseguido desenvolver ações para o controle do tabagismo fortes e abrangentes, o que tem lhe conferido o reconhecimento de liderança internacional nessa área.” (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2003 apud CAVALCANTE, 2005, p.285).

6.2.2.5 Incentivo na equipe para se investigar o tema; acompanhamento do usuário identificado com problemas com álcool e outras drogas; encaminhamento para serviços especializados; inclusão de perguntas sobre álcool e outras drogas em entrevistas de rotina

Estes subtemas foram aglutinados pois são ações que, juntamente com aquelas avaliadas nos itens anteriores, compõem as estratégias de implementação de rotinas de triagem, intervenção breve e encaminhamento para tratamento dos casos mais graves de dependência, SBIRT (*Screening, Brief Intervention, and*

Referral for Treatment – Triagem, Intervenção Breve e Encaminhamento para Tratamento), para as quais os grupos GT e GS foram treinados.

Cabe ressaltar mais uma vez que as profissionais do GT compõem uma equipe de PSF que fora inteiramente treinada, com apoio dos gestores de saúde locais. Ao passo que as integrantes de GS tomaram iniciativas isoladas de treinamento, o que certamente dificulta muito a implementação de práticas, uma vez que não contaram com apoio e/ou incentivo de gestores de saúde de seu município, o que sabidamente é um diferencial para maior efetividade da implementação (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009).

Em relação ao incentivo na equipe para se investigar sobre o tema, somente uma entrevistada (GT1) confirmou: “Sim [...] o médico, a enfermeira, o técnico, estimulam as agentes a estar perguntando”.

O fato de não haver incentivo nas demais equipes demonstra que o tema não faz parte da rotina clínica dos serviços. Tais dados convergem para estudos que confirmam a dificuldade de convencimento dos médicos de família para atuarem nesta perspectiva de prevenção ao uso de risco de álcool e outras drogas (BABOR et al., 2003) assim como para a afirmativa de que o impacto é maior quando pesquisadores, os responsáveis pelas políticas e aqueles que as colocarão em prática estão diretamente envolvidos, e quando há congruência com a política local (PHS RIS RESEARCH TEAM et al., 2009).

Os agentes de saúde representam, em média 50% dos membros de uma equipe de Estratégia Saúde da Família – ESF. São eles que realizam o maior número de atividades com o objetivo de promover saúde e prevenir agravos a partir de ações educativas. (MACIEL et al., 2009, p.341).

Portanto, atribuir-lhes esta função, de investigação de uso de álcool e outras drogas, a partir de um treinamento, pode ser algo bastante eficaz.

Na subtemática “acompanhamento do usuário identificado com problemas com álcool e/ou drogas”, vemos que seis entrevistadas afirmaram que o acompanhamento acontece, não de uma forma sistematizada, mas quando identificados casos, nas visitas domiciliares e consultas de rotina procuram averiguar como está a situação. Mais uma vez é dada ênfase à participação do agente comunitário nesta tarefa entre três das entrevistadas:

[...] o acompanhamento, só do agente comunitário que está todo mês, na casa lá daquele indivíduo [...] ele já sabe que ali já tem esse problema, né? Mas independente disso, se fosse ou não, ele estaria lá. (GS1).

São acompanhados é...de repente mais pelo agente comunitário de saúde que está lá no cotidiano, que eu enfermeira atendo a essas demandas que ele traz... (GT2).

A gente não sabe nem o que fazer...a não ser que ele esteja caído lá...a gente vai levar para a Santa Casa [...] ou o agente interfere quando tem um caso de maus tratos [...] aí a gente aciona o Conselho Tutelar, Conselho do Idoso, Promotoria, né? (GNT2).

Sabe-se que o agente comunitário de saúde tem papel fundamental no fator territorialização, que é um dos pilares do PSF, no sentido que orienta tanto o olhar, quanto as intervenções que são propostas para a resolução de problemas a partir das especificidades regionais, contribuindo para o “diagnóstico territorial”. Eles “dão voz à comunidade, sendo elo entre os trabalhadores das unidades básicas e a comunidade” (NASCIMENTO; CORREA, 2008, p.305). Ele estabelece vínculos e estimula as pessoas a enfrentarem problemas. Porém é fundamental que o enfrentamento seja conjunto e a construção das respostas às necessidades seja coletiva. Especificamente em relação à problemática do álcool e outras drogas, isto deve se dar numa Rede de Atenção Integral, a fim de atender às pessoas de forma mais efetiva em seu tratamento (CRUZ; BARBEITO, 2006; CRUZ; FERREIRA, 2006).

As respostas parecem evidenciar um trabalho isolado e sem a preocupação em atuar de forma a evitar que a pessoa se torne dependente (DE MICHELI; FORMIGONI, RONZANI, 2006).

Em relação à subtemática “encaminhamento para serviços especializados”, entre as sete entrevistadas, somente duas, que contam com CAPS AD em seu município, afirmaram encaminhar os casos, apesar da dificuldade de acesso, uma vez que somente um CAPS AD para um município de 500.000 habitantes torna-se insuficiente:

É lógico que quando a gente percebe alguma coisa, às vezes chega a encaminhar [...] eu marco uma consulta com o médico, ou a gente encaminha lá para baixo, pro CAPS ou pro CRESAM...a gente orienta o AA, né? Os narcóticos, e tudo. (GNT 3).

[...] a gente encaminha para o CAPS AD. Que é difícil marcar consulta lá, quando chega a época, às vezes demora muito, aí eles já desistiram... ou então, encaminha mesmo é para o CRESAM, que é o suporte, que tem dado melhor resultado para a gente aqui agora... (GS2).

Os CAPS têm um papel estratégico na articulação, assistência e regulação da rede de saúde. Os CAPS devem desenvolver projetos terapêuticos e comunitários, dispensar medicamentos, encaminhar e acompanhar pacientes que moram em residências terapêuticas, assessorar e dar retaguarda para o trabalho dos agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família. (CRUZ; FERREIRA, 2006, p.36).

No entanto, neste caso a partir dos relatos das entrevistadas, a lógica ainda parece ser a de encaminhamento, sem integração entre as pessoas que formam a rede, sendo que “uma das formas importantes dessa integração é o Apoio Matricial, que tem uma lógica diferente do encaminhamento ou da referência e contra-referência” (CRUZ; FERREIRA, 2006, p.43).

As demais parecem utilizar-se de recursos outros em suas comunidades, como clínica psiquiátrica, AA (Alcoólicos Anônimos) ou CAPS II em município vizinho, apesar de seis delas terem feito referência em suas respostas à necessidade da equipe multiprofissional. Quando não dispõem de nenhum recurso, assumem como podem: “Mas fica no PSF mesmo... enfermeiro-psicólogo, enfermeiro-terapeuta, enfermeiro-assistente social, entendeu?” (GNT1).

A indisponibilidade de recursos suficientes, como os CAPS AD, por exemplo, muitas vezes torna-se um entrave para que se coloque em prática a SBIRT, uma vez que o profissional teme identificar casos de dependência através de instrumentos de triagem, criar expectativa no paciente, e não ter para onde encaminhar seus pacientes, “levantando uma lebre” e não sabendo o que fazer com ela: “[...] falha que existe porque para onde você vai encaminhar? [...] Tem que ser CAPS AD, a gente não tem uma referência de CAPS AD, então aí é uma crítica construtiva que eu faço, aí a situação volta para a gente!” (GT2).

Na subtemática “inclusão de perguntas sobre álcool e outras drogas em entrevista de rotina”, seis das entrevistadas reconheceram a importância deste tipo de pergunta como meio para planejamento de ações, demonstrando que não o fazem em suas práticas diárias: “[...] acho que é importante, sim, para o médico ter uma conduta ou o enfermeiro ter uma conduta diferente, um olhar diferente para aquele paciente” (GT1). “[...] deveria até ser um modo de você conhecer mais o próprio paciente” (GS2).

Estas colocações nos reportam para estudos que confirmam que a maioria das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas não é diagnosticada até que apresentem complicações mais sérias (BABOR et al., 2003b; BALLBÈ et al., 2009; RONZANI 2005;).

6.2.3 Atitudes; Crenças sobre álcool e outras drogas; Sentimentos envolvidos ao lidar com o tema álcool e outras drogas

Apresentaremos a análise do tema “atitudes” associada às análises dos temas “crenças sobre álcool e outras drogas” e “sentimentos envolvidos ao lidar com o tema álcool e outras drogas”, sempre que possível, uma vez que a análise destes três temas isolados não nos fornece a visão do todo relativo à “resposta preferencial” (atitude) (ROKEACH, 1981, p.98) do indivíduo diante de uma situação, no caso aqui a prática de prevenção em álcool e outras drogas.

A partir da avaliação cognitiva (bom ou mau) e/ou afetiva (aprecio ou não aprecio) que se faz de algo (CAVAZZA, 2008; ROKEACH, 1981), cria-se uma predisposição a agir. Portanto nos interessa saber o que embasa a prática (ou a não prática) destes profissionais, que é onde se situa o foco deste estudo, a partir deste referencial.

6.2.3.1 Posicionamento comum na equipe sobre como abordar; atitudes atribuídas aos colegas

Na subtemática “posicionamento comum na equipe sobre como abordar”, o grupo GT, apesar de ter recebido treinamento específico sobre utilização de instrumento de triagem e de intervenção breve, juntamente com toda sua equipe, não expressou segurança quanto à atuação: “[...] É... essa forma informativa.” (GT2); “[...] Eu acho que depois desse treinamento todos tiveram uma fórmula mais padronizada, mais protocolada de estar abordando, sim.” (GT1).

No entanto, diante das outras respostas observamos que o GT se diferenciou no sentido de reconhecer um posicionamento comum, baseado em evidências, apesar de não ser enfático quanto à colocação em prática. Diferentemente da entrevistada do grupo GNT, que afirma ser consenso na equipe a necessidade de haver uma aproximação pessoal para que seja feita uma repreensão: “[...] a gente tenta dessa forma mesmo, se aproximando [...] fazendo vínculo meio que na amizade ali pra poder mostrar... devagarzinho, de leve ir puxando as orelhas deles...” (GNT2).

Fica evidente a conotação moral neste contexto corroborando o perfil histórico descrito por Palm (2006) no qual a perspectiva moral é a característica central em muitas, se não em todas, as perspectivas dos problemas com álcool e outras drogas nos últimos 200 anos. Cecilio (2007 apud CECCIM, 2007) ressalta, ao servir-se de Nietzsche, que o bom cuidador de vidas deve basear-se na atualidade, singularidade e novidade, em contraposição ao “trabalhador moral”, “refém dos valores” que trazem para o trabalho as designações de suas corporações, “[...] posicionado-se como homens da moral, não como homens da ética.” (CECILIO, 2007 apud CECCIM, 2007, p.360).

Esta contramão ao princípio da autonomia, cujas formas de subjetividade reproduzem o *status quo*, impedem a adoção de formas de intervenção mais flexíveis, atentas às necessidades de saúde dos usuários (MARLATT et al., 1999) e são síntones com uma visão moralista do problema.

Estudo qualitativo de Aira e outros (2003) que explorou fatores que influenciavam os médicos de atenção primária a questionar sobre consumo de álcool entre seus pacientes, em quatro centros de saúde na Finlândia, confirmou que existem muitas barreiras para que o profissional de saúde inicie uma conversa sobre álcool em suas consultas, mas que mudar a referência do alcoolismo como doença aditiva para fator de risco no estilo de vida em geral, pode superar muitas destas barreiras. E para tal a barreira da estigmatização, esta concepção moral que falávamos acima, precisa ser superada, no que o estudo concluiu que a discussão dos problemas com álcool nos treinamentos podem influenciar, dependendo da cultura.

Nosso estudo deu sinais desta influência positiva do treinamento entre os grupos treinados, uma vez que os mesmos demonstraram deter conhecimento sobre práticas baseadas em evidência, mesmo que não estejam sendo colocadas em

prática no momento, além de não terem manifestado que intervenham de forma punitiva. O grupo já detém informações sobre a existência de um protocolo e de uma visão mais flexível quanto à abordagem, o que pode vir a influenciar suas práticas e motivá-los a futuramente retomar este caminho.

A categoria “atitudes com enfoque moralista”, no subtema “atitudes atribuídas aos colegas”, reforçada pelo subtema “crenças atribuídas aos colegas” (no tema “Crenças”), também parecem denotar isso, dentro da perspectiva da atribuição, discutida anteriormente (RONZANI, 2002), uma vez que somente GNT1, GNT2 e GNT3 identificaram este tipo de enfoque entre os colegas:

[...] O funcionário atendeu ela e falou: Aqui não tem médico, não! Você vai lá para a Santa Casa! [...] não é assim...Porque ela está bêbada?[...] Acham que é falta de vergonha na cara! (GNT1).

Porque a gente pensa assim: Ah, uso de álcool e droga é uma coisa ilícita. Se é ilícita, pessoa faz isso escondido e tal... então eu vou estar assim[...] cutucando ali no segredo da pessoa [...] Então é uma invasão. (GNT3).

A não identificação de atitudes com enfoque moralista pelos colegas entre as demais entrevistadas pode significar uma abertura a uma outra visão do problema, como questão de saúde e de bem-estar social por exemplo, como supõe o modelo de redução de danos que serve de pano de fundo à Política de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas no Brasil (BRASIL, 2004a; MARLATT et al., 1999).

[...] problema mesmo de saúde pública, de falta de controle do governo... (GS2).

[...] diversos fatores...perdeu um ente querido [...] é a família, que já tem outros casos, então é aquele ambiente familiar também... (GT1).

Porque é difícil eu falar assim *não fume mais; não cheire mais*. Porque se ele for viciado? Porque se ele não tiver nada, uma ação recreativa, uma atividade, não tem lazer... (GT2).

Dentro da subtemática “atitudes atribuídas aos colegas”, a categoria “desorientação” esteve presente nos três grupos:

[...] É um tema que dá medo em todo mundo. Ninguém gosta de mexer. *Nossa, eu não tenho esta capacidade...* aí é que eu acho que o pessoal não tem informação ainda... (GS2).

A gente não sabe nem o que fazer...a não ser que ele esteja caído lá...a gente vai, leva para a Santa Casa, interna, hidrata lá um pouquinho... (GNT2).

Eu acredito que não seja só desta cidade, só de profissionais daqui, mas de todos que trabalham na APS, de não saber lidar, né? (GT2).

Sugerimos uma análise desta categoria associada à análise de outra, presente em dois subtemas da temática “crenças”, assim como na temática “sentimentos envolvidos ao lidar com o tema álcool e outras drogas”: o despreparo.

Uma vez que a atitude é entendida como “[...] quadro de referência para interpretar objetos e eventos” (CAVAZZA, 2008, p.43) a dedução da atitude “desorientada” dos colegas em relação ao álcool e outras drogas talvez se deva ao mecanismo exposto por Cavazza, de que o indivíduo desenvolve uma atitude negativa em relação à uma tarefa que não consegue enfrentar.

[...] eu acredito que a dificuldade é assim, é você saber o que falar, embora ele não vá parar de beber com o que você diga... (GT2).

[...] as drogas lícitas... Acho que o álcool, cigarro, é mais fácil de se lidar. (GT1).

O desconhecimento gera medo, o desconhecimento de como abordar, como conduzir, isso aí gera essa insegurança... Que vira um medo[...] não seria bem um medo, mas a insegurança de estar abordando pela falta de capacitação. (GS2).

Cinco entre as sete entrevistadas manifestaram a crença de despreparo para abordar, assim como o sentimento de despreparo no cotidiano da assistência. O que reforça a posição de estudos que confirmam que o sentimento de baixa auto-eficácia pode ser uma barreira importante na aderência a um protocolo (*guideline*), reforçando a ideia de que conhecimentos e atitudes são necessários, mas não suficientes para que haja aderência (BENDTSEN; ÂKERLIND, 1999; BOSCH-CAPBLANCH; GARNER, 2008; CABANA et al. 1999; CANTILLON; JONES, 1999; RASSOOL; RAWAF, 2008; SAITZ; GALANTER, 2008).

Somado à transmissão de conhecimentos, a literatura descreve outros fatores que precisam estar presentes nestes programas de treinamento em álcool e outras drogas, treino de habilidades, suporte de supervisão da prática clínica, avaliação (os trabalhadores se tornam relutantes em adotar inovações que não tenham sido rigorosamente testadas) e seguimento (*follow up*) (AIRA et al., 2003; BALLBÈ et al., 2009; BENDTSEN; ÂKERLIND, 1999; BOSCH-CAPBLANCH;

GARNER, 2008; RASSOOL; RAWAF, 2008; RONZANI et al., 2005;) , sendo muitas vezes sugerido que isto se dê no contexto da educação continuada em saúde (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; CANTILLON; JONES, 1999; RODRIGUES, 2009; SHAFER; RHODE; CHONG, 2004; SAITZ; GALANTER, 2008) e ainda utilizando-se do recurso da educação à distância (MIDMER; KAHAN; MARLOW, 2006; MOYER; FINNEY, 2005; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000).

As informações devem ser claras, assim como as ações preventivas e de promoção de saúde baseadas em evidências, com estratégias relacionadas às práticas de saúde coletiva, uma vez que o perfil demográfico-epidemiológico no Brasil vem mudando, com prevalência cada vez mais elevada de doenças e fatores de risco relacionados com os estilos de vida, o que exige mudanças no modelo assistencial (BUSS, 1999; RONZANI et al., 2005).

No entanto, a subutilização de práticas baseadas em evidências para abuso de substâncias representa um antigo problema no campo da saúde pública também em outros países (SQUIRES; GUMBLEY; STORTI, 2008).

No tocante ao Brasil, gostaríamos de ressaltar que existe já uma vasta literatura apontando para um aspecto já abordado em detalhes neste estudo que pode explicar, ao menos em parte, esta subutilização: as ações de saúde mental estão descontextualizadas diante da perspectiva da responsabilidade sanitária, no sentido de se construírem e operarem interações promotoras de saúde (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009; BELFER; ROHDE, 2005; BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; DIMENSTEIN, 1998; DIMENSTEIN, 2000; DIMENSTEIN, 2001; DIMENSTEIN, 2003; DIMENSTEIN et al., 2009; LIMA, 2008; RONZANI; RODRIGUES, 2006; VILHENA; DIMENSTEIN; ZAMORA, 2000; ALVES, 2009), sendo a formação dos profissionais de saúde mental no Brasil considerada uma “antítese das propostas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica [...] privilegiando procedimentos clínicos quase que exclusivamente aplicáveis a consultórios e ambulatórios tradicionais [...]” (OLIVEIRA, 2008, p.39-40).

Atribuo, em boa parte, a nós, profissionais de saúde mental, a responsabilidade (não podemos nos imaginar como únicos responsáveis, pois sabemos que outros fatores interagem aí) pela não adesão às práticas mais flexíveis, como a SBIRT, tão pertinente ao modelo de redução de danos, como já discutido anteriormente, no contexto da Atenção Primária pelos profissionais

chamados “não-psi”. Uma vez que a literatura confirma ser a supervisão clínica, o treino de habilidades e o seguimento no contexto da educação continuada um forte aliado à adesão destas práticas, caberia ao profissional de saúde mental “subsidiar as intervenções nas comunidades”, como diriam Vilhena, Dimenstein e Zamora (2000), mas para tal o questionamento de suas práticas e saberes, principalmente no contexto da saúde pública, se faz urgente.

Talvez disponibilizando estes recursos contextualizados com o projeto do SUS, através do apoio matricial dos CAPS AD nos municípios onde eles existam e com políticas de educação continuada de forma mais abrangente aos municípios que não são atendidos por eles como, por exemplo, o recurso ainda pouco explorado e avaliado da EaD (GARCIA; BAPTISTA, 2007; KLAMEN, 1999; MATTHEOS et al., 2001; TOMASI; FACCHINI; MAIA, 2004; OLIVEIRA, 2007), possamos contribuir para aumentar o senso de auto-eficácia dos profissionais de saúde ao lidarem com a prevenção e promoção de saúde em álcool e outras drogas.

6.2.3.2 Atitudes atribuídas aos pacientes usuários de álcool e outras drogas quando abordados; Atitudes atribuídas aos usuários de APS em geral, quando abordados sobre o uso de álcool e outras drogas; Atitudes atribuídas aos usuários de álcool e outras drogas que se recuperam

Na subtemática “atitudes atribuídas aos pacientes usuários de álcool e outras drogas quando abordados”, a atitude de esquiva foi apontada por cinco das entrevistadas, dentre elas, quatro profissionais treinadas (GT e GS):

[...] De uma certa forma ser mais maleável, não ser tão radical, para a gente tentar dar continuidade, porque se a gente for tão radical no assunto, depois acaba que a gente não tem mais como ter acesso a este paciente... (GT1).

Tudo depende de como você coloca. Se você colocar numa situação em que você coloca o álcool e a droga como uma coisa estigmatizada, como uma coisa que é pecado, eles já se fecham e até de uma forma até agressiva...mas se você coloca de uma forma que você entende que é um problema social, que é um problema de saúde mental, ele começa a sentir segurança e às vezes eles colocam, se abrem, colocam até mesmo coisas íntimas deles... (GS2).

[...] Outra coisa difícil é o acompanhamento [...] porque muitos fogem, eles fogem... (GNT1).

Identifico quando a pessoa permite que eu aproxime, porque tem muitas pessoas que a gente sabe que faz uso de alguma substância e que não aceita a sua abordagem [...] Às vezes pelo olhar, sabe? Pelo olhar, pela postura de corpo, é assim, que não há aceitação... (GT2).

As respostas nos reportam à ideia já discutida aqui anteriormente, da auto-estigmatização, caracterizada pela internalização do estereótipo por aquele que sofre o estigma (BIERNAT; DOVIDIO, 2003; RONZANI; ANDRADE, 2006) onde o estigmatizado acaba por assimilar crenças e sentimentos negativos em relação a si devido ao entendimento que a maioria das pessoas têm a respeito de seu problema com álcool e/ou outras drogas.

Coaduna com estudo de corte transversal feito por Peluso e Blay (2008) desenvolvido na cidade de São Paulo, com o objetivo de identificar quais as causas a população atribui para explicar os transtornos relativos ao uso de substâncias, que concluiu que menos de 20% dos entrevistados disseram acreditar se tratar de uma doença mental, apresentando como causas mais relevantes as de natureza psicossocial, seguidas por causas de natureza moral, predominando imagem negativa em relação às pessoas que sofrem deste transtorno.

Assim como com estudo experimental realizado por Link e outros (1999) nos Estados Unidos, que concluiu que apenas 49% da população associou abuso de álcool ou droga (44%) a doença mental, assim como concluiu que os sintomas de doença mental, em geral, estão associados ao medo de violência sentido pela população nestes casos, o que vai afetar negativamente as pessoas que sofrem dos transtornos, uma vez que se sentem rejeitados e com isso relutam em procurar ajuda profissional, com medo de serem estigmatizados.

Estudo de Vianna (2008) que avaliou fatores que afetam a detecção do uso abusivo e dependência de álcool e a eficácia de uma intervenção breve em serviços de APS de São Paulo/Diadema e Curitiba, não confirmou a crença popularmente difundida entre profissionais de saúde que existe uma enorme resistência dos pacientes em admitir um uso abusivo de álcool ou aceitar orientação para este tipo de problemas. E observou que a disponibilidade dos profissionais, incluindo a capacitação e a motivação, pode ser um dos fatores que influenciam a detecção de pacientes com uso abusivo de álcool. O que vem ao encontro das falas de quatro das entrevistadas:

Foi positiva, eu apliquei poucos AUDIT's, muito poucos, não me lembro quantos [...] Foi positiva, eu vi assim que eu apliquei bem, acredito que as respostas foram verdadeiras pelo que eu conheço das pessoas que apliquei... (GT2).

[...] como te falei, às vezes a gente tem que contornar assim para não ir tão direto, então eu acho que precisa ser trabalhado assim melhor, numa capacitação [...] aos poucos eu vou adquirindo essa capacidade de abordar esse assunto. (GT1).

[...] se você não se apresenta, não mostra a ética no trabalho, não se posiciona de uma maneira mais humana, aí sim ele se fecha [...] dependendo da abordagem que você faz... sua postura profissional. (GS2)

De uma forma geral, acredito que melhorou com esta forma que a gente está tentando de aproximar. (GNT2).

As integrantes do GT demonstram uma diferença importante em relação às outras entrevistadas no tocante à abordagem, seja relatando experiência positiva no período em que aplicaram o AUDIT, seja reconhecendo o papel importante da capacitação no desenvolvimento da habilidade de abordar. O que parece confirmar o que foi concluído no estudo citado de Vianna (2008).

A entrevistada GNT2 também parece reconhecer a necessidade de uma abordagem especial, só que baseada na aproximação pessoal, enquanto GS2 ressalta a necessidade da ética, o que nos faz pensar na diferença já descrita neste estudo entre “trabalhador moral”, que traz para o trabalho antecedentes morais versus “homens da ética”, chamados “bons cuidadores de vidas que pedem atualidade, singularidade, novidade” (CECÍLIO apud CECCIM, 2007, p.360).

Talvez possamos atribuir às capacitações a diferença encontrada entre os membros dos grupos GT e GS, uma vez que reconhecem e atribuem a diferença de resposta dos usuários à forma de sua abordagem. O que pode reduzir o efeito da estigmatização entre pessoas que sofrem de problemas com álcool e outras drogas, como já exposto anteriormente (AIRA et al., 2003).

Na subtemática “atitudes atribuídas aos usuários de álcool e outras drogas que se recuperam”, vemos certa homogeneidade entre as respostas do grupo GNT, assim como uma coerência com o Modelo Moral de avaliação da percepção da dependência do álcool proposto por Brickman, apresentado por Palm, onde a causa do alcoolismo é atribuída a uma fraqueza moral e sua não solução à falta de força de vontade. Pesquisas sugerem que a forma como o profissional percebe o problema irá embasar suas atitudes e ser determinante no tratamento (BRICKMAN et al. apud PALM, 2006).

É a mesma coisa que eu pedir a um gordinho para emagrecer e deixar ele em frente a uma mesa de doces, é praticamente impossível, né? (GNT1).

[...] Agora, mudança na pessoa? Às vezes eu percebo que [...] eu vejo nos relatos que alguns falam é...quando param de andar com certas companhias, frequentar determinados lugares [...] acima de tudo é querer, assim... (GNT3).

[...] mas a vontade dele acho que é o principal... (GNT2).

As demais entrevistadas nos deram respostas compatíveis com o Modelo Compensatório proposto por Brickman (apud PALM, 2006), onde o indivíduo é relativamente responsável por resolver seu problema, desenvolvendo novas habilidades de enfrentamento ou através de melhor sistema de suporte social, o que é isento de julgamento e pode abrir a exploração de alternativas para a recuperação.

[...] No caso, uma socialização, melhor convívio com a família... (GS1).

[...] tem aquilo que a gente tem visto na prática, pelo apoio que eles recebem [...] a família ajuda tem conseguido parar, ou até diminuir muito, mudar o hábito. (GS2).

[...] a família [...] o laço familiar [...] porque às vezes é um paciente que já não tem condições de trabalhar... (GT1).

Porque se ele não tiver nada, uma ação recreativa, uma atividade, não tem lazer [...] que eles criem, assim, outras expectativas de vida para ele próprio que não seja a bebida... (GT2).

O Modelo Brickman apresenta quatro diferentes modelos de responsabilidade do indivíduo no seu uso de substâncias. Além dos já expostos, apresenta: o Modelo Médico, onde o tratamento possível passa necessariamente pelo acompanhamento de um profissional, o Modelo Iluminado, onde para se tratar, o indivíduo precisa admitir sua fraqueza perante a bebida e submeter seu controle a uma força maior.

Os modelos descrevem tendências, visões de determinado grupo, em determinada sociedade ou período. No caso deste estudo, compreendê-lo e situar a fala das entrevistadas pode ser importante para observar alguma influência provável da capacitação nestas visões. O Modelo Moral, onde situamos o grupo GNT, atribui a responsabilidade pelo problema e pela solução ao indivíduo, deixando o profissional de saúde fora do contexto da recuperação.

Ao passo que os grupos treinados já expressam uma abertura a alternativas na recuperação, ajuda externa, corroborando, talvez a tese de que a capacitação diminui a estigmatização.

A conotação moral em relação aos problemas relativo ao uso de substâncias dificulta a aproximação dos usuários (FORTNEY et al., 2004). Estudo de Ronzani, Mota e Souza (2009) confirmou que a capacitação influencia na diminuição da moralização do uso de álcool pelos profissionais de saúde e que este fator contribui para a efetividade da implementação de práticas de prevenção ao uso de risco de álcool na APS, pelo menos até seis meses após a capacitação.

No entanto, as entrevistas realizadas neste estudo se deram um ano após as capacitações (presencial e à distância), onde não constatamos a prática de triagem através de instrumentos (AUDIT ou ASSIST), nem mesmo da intervenção breve, mas sentimos ainda o reflexo da diminuição da moralização, o que certamente é fator preditivo de sucesso. No entanto fatores interferiram neste lapso de tempo para que as práticas não tenham se mantido e nem mesmo sido adotadas na rotina.

No grupo GT esta análise parece vir reiterar a influência da capacitação na diminuição da moralização, porque estudo anterior, de Ronzani, Mota e Souza (2009), já havia confirmado anteriormente esta influência neste grupo, que fora submetido naquele período a uma avaliação quali-quantitativa, com a utilização da Escala de Moralização do Uso de Álcool (EMUA) na pré-capacitação e avaliação de seguimento de seis meses.

No tema “crenças” constatamos a unanimidade nos grupos em afirmar que o paciente usuário de álcool e outras drogas não adere ao tratamento:

[...] só que a gente percebe [...] não mudam a postura deles... amanhã vai voltar e vai estar a mesma coisa... (GNT2).

[...] porque tem uma cadeia muito grande de usuário aqui. Eles não conseguem, eles param e voltam. (GS2).

A gente tenta fazer nossa orientação, a gente tenta ver se a pessoa reduz o consumo, ou reduz o uso abusivo [...] Mas a pessoa não quer. (GT1)

Ampliar o conceito de adesão não somente como uma dificuldade do usuário, mas também do profissional (e sua subjetividade) implicado como parte ativa do processo, assim como a família e a organização do serviço (tipos de dispositivos ofertados, abordagem etc) [...] Neste sentido, ao invés de considerar somente a dificuldade do usuário, vem a pergunta: que condições e dispositivos os serviços podem oferecer que facilitem a adesão? Ou ainda: quais atitudes ou ações o serviço utiliza que dificultam a adesão?” (BRASIL, 2004a, p.59).

Acreditar na adesão como unicamente dependente do usuário, sem considerar outros fatores e sem refletir sobre suas próprias práticas ajudam a manter o *status quo*. Um espaço de discussão permanente serviria de reforço a médio prazo para a capacitação, podendo contribuir para identificação das dificuldades dos profissionais, troca de experiências, diminuindo as sensações de despreparo, impotência, medo, dentre outras descritas pelas entrevistadas ao avaliarmos o tema “sentimentos envolvidos ao lidar com o tema álcool e outras drogas”:

[...] como eles vão reagir, na verdade não sei se é um medo, mas é aquela sensação sem saber como é que as pessoas vão reagir a isso [...] Quando a gente vai abordar esses usuários. (GS1).

[...] eu acredito que a dificuldade é assim... é você saber o que falar... (GT2).

[...] eu consigo conscientizar ele, mas eu não vou poder resolver os problemas dele [...] eu poder pagar a dívida dele com agiota, eu não tenho condições... (GNT1).

A ênfase que foi dada entre seis delas à forma de abordagem (subtema: atitudes atribuídas aos usuários de APS em geral, quando abordados”) talvez represente uma luz ao final do túnel, pois na medida em que entende-se que existe ou deve existir uma maneira de intervir que faça diferença no desfecho clínico, tem-se uma alternativa importante contra a “não adesão” a tratamento.

Os subtemas “crenças sobre liberação ou repressão do álcool” e “crenças sobre a liberação ou a repressão das outras drogas” denotam uma imaturidade ainda quanto à ideia de redução de danos, sendo que do álcool somente uma entrevistada cogitou a moderação (GNT) e das outras drogas, foram unânimes em defender a repressão. Cabe investigar se isto se deva à barreira filosófica invisível na APS para adoção deste modelo, exposta por Heller, McCoy e Cunningham (2004): diferenças filosóficas entre modelo médico que apresenta respostas prontas

e o modelo de redução de danos que se propõe a lidar com as singularidades (BRASIL, 2004a).

Por fim, o tema “Conhecimentos específicos sobre tratamentos para álcool e outras drogas” evidenciou a expectativa dos grupos no trabalho multiprofissional, o que mantém a temática álcool e outras drogas fora do contexto da APS, ou seja, na antiga lógica do encaminhamento, referência e contra-referência. A pergunta que lhes foi feita, vale lembrar, foi “Você acredita que os usuários de álcool e outras drogas se beneficiem de algum tipo de abordagem ou tratamento específico? Você tem esta experiência de trabalho?” Ou seja, a pergunta as incluía e não privilegiava dependentes de álcool ou drogas. Ainda não vemos sinais de Rede de Atenção, com a responsabilidade dividida entre todos os envolvidos no acolhimento e/ou nas ações de cuidado continuado, ou mesmo a inserção do tema na lógica da prevenção e promoção de saúde. De cuidados de equipe multiprofissional precisa o caso grave (CRUZ; FERREIRA, 2006).

Diz o ditado que presença de ausência não é sinal de ausência de presença. Peço licença para terminar esta análise com este ditado. Ao analisarmos os dados observamos muita homogeneidade nas falas de uma forma geral. O que se destacou de diferença, foi a postura diante do problema álcool e outras drogas. Ficou evidente a presença da ausência da visão moralista entre os grupos treinados, especialmente no tocante às “atitudes atribuídas aos colegas”, onde imaginamos que os entrevistados em geral pudessem se sentir mais à vontade para falarem de suas próprias dificuldades atribuindo-as a terceiros; em “atitudes atribuídas aos usuários de álcool e outras drogas que se recuperam”, em que somente as entrevistadas GNT deram ênfase à importância da vontade pessoal na recuperação; em “crenças atribuídas aos colegas”, onde também somente integrantes do GNT acreditam que os colegas atribuem o problema a questões morais.

Esta mudança de enfoque pode representar uma abertura para um trabalho efetivo de prevenção e promoção de saúde em álcool e outras drogas, uma vez que todas se disseram interessadas em dar continuidade às ações educativas, ou mesmo de buscá-las. O que foi ensinado é que parece que não foi apreendido, mas sabe-se que a aprendizagem se dá no contexto da prática (CANTILLON; JONES, 1999), que parece ter ficado para trás uma vez que não foi dada continuidade.

Esta continuidade diz respeito ao como fazer e para que a investigação do uso de substâncias faça parte da rotina da assistência em APS é fundamental que

recursos humanos que saibam fazer se façam disponíveis no sistema, a fim de que se crie um espaço de discussão uma vez que trabalhar com esta temática diz respeito a lidar com “um fato da vida”, como disseram Marlatt e outros (1999, p.51).

“[...] Um esgarro negativo... com o alcoolismo não, é um processo de acompanhamento contínuo [...] uma coisa que eu gostaria que acontecesse que não acontece é assim, ter uma solução do problema logo... de forma mais rápida.” (GT2).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

São muitas as variáveis que podem influenciar a implantação de procedimentos de detecção ao uso abusivo de álcool e intervenção breve na APS, citando somente algumas delas: falta de tempo e sobrecarga de trabalho dos profissionais, alta rotatividade entre os profissionais, falta de infra-estrutura (VIANNA, 2008), contexto cultural, forma de organização dos serviços e sistemas de saúde (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2000), formação de lobbies corporativistas (CANDEIAS, 1997), descrença dos profissionais nas diretrizes do PSF e desmotivação para atuar nas ações de promoção de saúde de uma maneira geral (RONZANI, 2002) etc.

Mas este estudo nos possibilitou chegar a algumas conclusões, que apesar de não termos a pretensão de generalizá-las, talvez possam contribuir para estudos futuros que também visem identificar barreiras no processo de educação de profissionais de saúde.

As capacitações demonstraram ter uma participação importante na mudança da visão do problema, como pertencente à esfera privada e moral, para uma visão menos reducionista, que considera outros fatores no desencadeamento do problema. Mas não foram capazes de introduzir o tema na rotina da assistência, por razões discutidas aqui anteriormente e que, dentre elas, destacou-se a ausência do espaço de discussão permanente das deficiências, adaptações, troca de experiências, deixando o profissional vulnerável a tantos sentimentos negativos como despreparo, desorientação e medo.

Os grupos treinados (GT e GS) demonstraram não utilizar em suas rotinas nenhum tipo de instrumento para rastreamento de problemas com álcool e outras drogas, o que portanto compromete a identificação dos casos que mereçam uma intervenção. Esta última, quando acontece, ainda é direcionada aos casos graves e desprovida de critérios que permitam instrumentalizar o paciente com recursos para mudança de hábitos e uma avaliação posterior. Esta prática não difere do grupo não treinado (GNT).

Os resultados encontrados e discutidos acima sugerem a necessidade de repensar o planejamento das práticas educativas em saúde, especialmente em

álcool e outras drogas, uma vez que estas ações se darão dentro de um contexto, com suas crenças, valores, práticas e modelos assistenciais vigentes.

Constatamos uma prevalência do modelo curativo dicotômico, com práticas ainda hegemônicas, higienistas, distantes de uma visão mais abrangente das necessidades de saúde do sujeito.

Corroborando a literatura, este estudo concluiu que as intervenções preventivas, as práticas de diagnóstico precoce, como as sugeridas nos treinamentos para atuação em prevenção ao uso de risco de álcool e outras drogas, precisam ser “ensinadas” dentro de um contexto clínico diário, pois do contrário, correm dois riscos: ou de serem engavetadas como inovações que não deram certo, ou pior ainda, reduzirem-se a identificar fatores de risco, sem a abrangência necessária que o problema merece ter.

Simplesmente questionar se o paciente bebe ou usa drogas, certamente não dará ao profissional o real panorama da situação. Perguntas fechadas relativas a um problema que carrega consigo um estigma secular certamente conduzirá o usuário a responder o que o profissional que se sente despreparado para atuar naquela demanda quer ouvir, ou seja, “uso socialmente” ou “não uso”.

A subutilização de práticas baseadas em evidência em álcool e outras drogas no contexto da APS não é privilégio do Brasil, como vimos, e se reproduziu entre as entrevistadas. Acreditamos que a discussão levantada na revisão de literatura desta pesquisa possa ampliar a visão deste entrave, uma vez que as ações de saúde mental, em nosso país, encontram-se sabidamente descontextualizadas diante da perspectiva de responsabilidade sanitária, o que impede que as ações sejam subsidiadas por aqueles que teoricamente detêm as ferramentas e os referenciais teóricos para que possam contribuir de forma efetiva na disseminação destas práticas no contexto dito privilegiado da APS.

REFERÊNCIAS

AIRA, M. et al. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. **Family Practice**, Oxford, v.20, n.3, p.270-275, 2003.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, set./fev. 2005.

ALVES, D.S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2009. p.171-180.

AMARAL, M.B.; FORMIGONE, M.L.O.S. Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos. In: SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Intervenção breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas**. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento - SUPERA. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. p.21-31.

AMORIM, A.K.M.A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.195-204, jan./fev. 2009.

ASSISTÊNCIA em saúde e as contribuições da psicologia. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v.6, n.6, p.23-25, nov. 2009.

AS TRANSFORMAÇÕES das Políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v.6, n.6, p.11-13, nov. 2009.

AVELINE, M.; STRAUSS, B.; STILES, W.B. Pesquisa em Psicoterapia. In: GABBARD, G.O.; BECK, J.S.; HOLMES, J. **Compêndio de Psicoterapia de Oxford**. Tradução de Magda França Lopes e Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2007. p.606-623.

BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health, **Addiction**, Oxfordshire, v.95, n.5, p.677-686, May 2000,

BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C. **Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in Primary Care.** Geneva: WHO/MSB/01.6b. 2001. 53p.

BABOR, T.F. et al. **Alcohol: no ordinary commodity.** New York: Oxford University Press, OMS, 2003a. 157p.

BABOR et al., **AUDIT: teste para identificação de problemas de álcool: roteiro para uso em atenção primária.** Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003b. 44p.

BABOR, T.E. et al. Alcohol screening and brief intervention in primary care settings: implementation models and predictors. **Journal of studies on alcohol**, New Brunswick, v.66, n.3, p.361-368, May 2005.

BABOR, T.F. et al. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. **Substance abuse**, London, v.28, n.3, p.7-30, 2007.

BACKES, V.M.S. et al. Competência dos enfermeiros em problematizar a realidade do serviço de saúde no contexto do sistema único de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.4, p.727-736, out./dez. 2007.

BALLBÈ, M. et al. Impacto de la formación en intervención breve. Diferencias en el abordaje hospitalario del consumo de tabaco y alcohol = Impact of a training in brief intervention. Differences in the hospital approach of tobacco and alcohol consumption. **Adicciones**, Palma de Mallorca, v.21, n.2, p.113-118, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70 Ltda., 1977.

BECK, A.T. et al. **Cognitive Therapy of Substance Abuse.** New York: Guilford Press, 1993. 354p.

BELFER, M.L.; ROHDE, L.A. Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v.18, n.4/5, p. 359-365, Oct./Nov. 2005.

BENDTSEN, P.; ÅKERLIND, I.A. Changes in attitudes and practices in primary care with regard to early intervention for problem drinkers. **Alcohol & Alcoholism**, Oxford, v.34, n.5, p.795-800, 1999.

BERTHOLET, N. et al. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. **Archives of internal medicine**, Chicago, v.165, n.9, p.986-995, May 2005.

BERTOLETE, J.M.; GIROLAMO, G. (Ed.). **Essential Treatments in Psychiatry**. Geneva: WHO, Division of Mental Health. 1993. 54p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_MND_93.26.pdf>. Acesso em: 10 out. 2008.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v.28, n.3, p.632-645, set. 2008.

BIERNAT, M.; DOVIDIO, J. Stigma and stereotypes. In: HEARTHERTON, T.F. et al. **The social psychology of stigma**. New York: The Guilford Press, 2003. p.88-125.

BLUMENTHAL, S.J.; MATTHEWS, K.; WEISS, S.M. **New research frontiers in Behavioral Medicine**: proceedings of the National Conference. Washington: National Institute of Health, 1994.

BOSCH-CAPBLANCH, X.; GARNER, P. Primary health care supervision in developing countries. **Tropical medicine & international health**, Oxford, v.13, n.3, p.369-383, 2008.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990, p.18055.

———. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996, p.27833.

———. Ministério da Saúde. **Portaria n. 816 de 30 de abril de 2002a**. Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária integrada a usuários de álcool e outras drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo MS e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios, com fins em Anexo. (Ementa elaborada pela CDI/MS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html>. Acesso em: 15 jul. 2008

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Integral à Saúde. **Portaria n. 305 de 30 de abril de 2002b**. Aprova, na forma do Anexo I desta portaria, as normas de funcionamento e cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas. (Ementa elaborada pela CDI/MS). Disponível

em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-305.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

———. **Decreto n. 4.345 de 26 de agosto de 2002c**. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm>. Acesso em: 15 jul. 2008.

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

———. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. 60p.

———. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 64p.

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 86p.

———. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.035, de 31 de maio de 2004c**. amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde - SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. (Ementa elaborada pela Biblioteca/MS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1035_31_05_2004.html>. Acesso em: 15 jul. 2008

———. Ministério da Saúde. **Portaria n. 442 de 13 de agosto de 2004d**. Aprova, na forma do Anexo I desta portaria, o plano para implantação da abordagem e tratamento do tabagismo no SUS. (Ementa elaborada pela Biblioteca/MS). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-442.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

———. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o

Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2008.

———. Ministério da Saúde. **Pacote de medidas é anunciado para melhorar o atendimento de pacientes com transtornos mentais**. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=137&CO_NOTICIA=10739>. Acesso em: 19 jan. 2010.

———. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Informações Institucionais**. Disponível em: <http://www.senad.gov.br/informacoes_institucionais/informacoes_institucionais.html>. Acesso em: 21 mar. 2010.

BRESSAN, R.; GEROLIN, J.; MARI, J.J. The modest but growing presence of Brazil in Mental Health and psychiatric research assessment of the 1998-2002 period. **Brazilian journal of medical and biological research**, Ribeirão Preto, v.38, n.5, p.649-659, May 2005.

BUSS, P.M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, p.177-185, 1999. Suplemento 2.

CABANA, M.D. et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. **The journal of the American Medical Association**, Chicago, v.282, n.15, p.1458-1465, Oct. 1999.

CALMAN, K. **A review of continuing professional development in general practice**: a report by the Chief Medical Officer. London: Department of Health, 1998.

CAMARGO JÚNIOR, K.R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p.58-68, 2008. Suplemento 1.

CAMARGO JÚNIOR, K.R. Apresentação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2009. p.15-19.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.31, n.2, p.209-213, abr. 1997.

CANTILLON, P.; JONES. R. Does continuing medical education in general practice make a difference? **British Medical Journal**, London, v.318, n.7193, p.1276-1279, May 1999.

CARLINI, B. Apresentação. In: MARLATT, G.A. et al. **Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p.XI-XII

CAVALCANTE, T.M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.32, n.5, p.283-300, set./out. 2005.

CAVAZZA, N. **Psicologia das atitudes e opiniões**. Tradução de Alda da Anunciação Machado. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, fev. 2005.

CECCIM, R.B. Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.11, n.22, p.343-363, maio/ago. 2007.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção à Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2009. p.113-126.

CHRISTANTE, L. et al. O papel do ensino à distância na educação médica continuada: uma análise crítica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.49, n.3, p.326-329, 2003.

COELHO, M.L. **A Evasão nos Cursos de Formação Continuada de Professores Universitários na Modalidade de Educação a Distância Via Internet**. 2001.

Disponível em:

<http://www2.abed.org.br/visualizaDocumento.asp?Documento_ID=10#>. Acesso em: 13 mar. 2009.

COELHO, M.L. Formação continuada do docente universitário em cursos à distância via internet: um estudo de caso. In: 1º Seminário Nacional ABED de Educação à Distância, 1, 2003, Belo Horizonte-MG. **Trabalhos Aprovados**. Belo Horizonte: ABED, 2003. Disponível em: <<http://www.abed.org.br/seminario2003/texto06.htm>>. Acesso em:

COIMBRA, V.C.C. **Avaliação do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família**. 2007. 299f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

CORRIGAN, P.W. et al. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. **Psychiatric services**, Washington, v.56, n.5, p.544-550, May 2005.

COTTRAUX, J. Behavior Therapy. In: SARTORIUS, N.; GIROLAMO, G. et al. **Treatment of mental disorders: a review of effectiveness**. Washington: American Psychiatric Press, 1993.

CRUZ, M.S.; BARBEITO, M.M. Estratégias de redução de danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária. In: SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas**. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento - SUPERA. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. Módulo 5. p.59-65.

CRUZ, M.S.; FERREIRA, S.M.B. O vínculo necessário entre a saúde mental e o PSF na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. In: SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas**. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento - SUPERA. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. Módulo 6. p.42-48.

DÉA, H.R.F.D. et al. A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v.24, n.1, p.108-115, mar. 2004.

DE MICHELI, D.; CRUZ, M.S. Estratégias de Intervenção Breve para diferentes populações. In: SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas**. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento - SUPERA. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. Módulo 4. p.33-48.

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M.L.O.S. Os princípios básicos da Intervenção Breve e a Intervenção Breve passo a passo. In: SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas**. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento - SUPERA. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. Módulo 4. p.3-11.

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M.L.O.S; RONZANI, T.M. Uso abusivo ou dependência? Como fazer triagem usando instrumentos de fácil aplicação. In: SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas**. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento - SUPERA. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. Módulo 3. p.13-29.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.3, n.1, p.53-81, jan./jun. 1998

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de psicologia**, Natal, v.5, n.1, p.95-121, jan./jun. 2000.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.6, n.2, p.57-63, jul./dez. 2001.

DIMENSTEINS, M. Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v.13, n.5, p.341-345, mayo 2003.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v.24, n.4, p.112-117, out./dez. 2004.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, jan./mar. 2009.

DOVIDIO, J.F.; MAJOR, B.; CROCKER, J. Stigma: introduction and overview. In: HEARTHERTON, T.F. et al. **The social psychology of stigma**. New York: The Guilford Press, 2003. p.1-28.

DUARTE, P.C.A.V. Abordagem, atendimento e reinserção social. In: SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGRAS; SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA (Orgs.) **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, Serviço Social da Indústria, 2008. p.120-151.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E.J.; COOK, C.C.H. **O Tratamento do Alcoolismo: um guia para Profissionais da Saúde**. Tradução de Amarilis Eugênia Fernandez Miazzi. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FAZIO, R.H. Attitudes as object-evaluation associations: Determinants, consequences, and correlates of attitude accessibility. In: PETTY, R.E.; KROSNICK, J.A. (Eds.). **Attitude strength: Antecedents and consequences**. Hillsdale: Erlbaum, 1995. p.247-282.

FLORA, F.A.M. A crise na saúde mental. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v.35, n.1, p.33-34, 2008.

FORMIGONI, M.L.O.S. **A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira**. São Paulo: Lemos, 1992. 210p.

FORTNEY, J. et al. Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. **The journal of behavioral health services & research**, Northbrook, v.31, n.4, p.418-429, Oct./Dec. 2004.

FOX, R.D.; BENNETT, N.L. Learning and change: implications for continuing medical education. **British Medical Journal**, London, v.316, n.7.129, p.466-468, Feb. 1998.

FRY, C.L. et al. Harm Reduction ethics: acknowledging the values and beliefs behind our actions. **The International journal on drug policy**, Liverpool, v.19, n.1, p.1-3, Feb. 2008

FUNK, M. et al. A multicountry controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: findings of a World Health Organization collaborative study. **Journal of Studies on Alcohol**, New Brunswick, v.66, n.3, p.379-388, May 2005.

GARCIA, R.M.; BAPTISTA, R. Educação à distância para a qualificação dos profissionais do SUS: perspectivas e desafios. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v.31, p.70-78, jun. 2007. Suplemento 1.

GOMEL, M.K. et al. Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. **Social Science & Medicine**, Amsterdam, v.47, n.2, p.203-211, July 1998.

HANSO, D.; MAUSHAK, N. **Distance Education: Review of Literature**. Ames: Research Institute for Studies in Education, 1996.

HELLER, D.; MC COY, K.; CUNNINGHAM, C. An invisible barrier to integrating HIV primary care with harm reduction services: philosophical clashes between the harm reduction and medical models. **Public Health Reports**, Washington, v.119, n.1, p.32-39, Jan./Feb. 2004.

HENRIQUE, I.F.S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.50, n.2, p.199-206, abr./jun. 2004.

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. **Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para uso na Atenção Primária à Saúde**. Tradução de Telmo Mota Ronzani. São Paulo: OMS, 2004. Versão preliminar 1.1.

KANER, E.F.S. et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. **Cochrane database of systematic reviews**, Oxford, n.2, Apr. 2007.

KANER, E.F.S. et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. **Drug and alcohol review**, Abingdon, Oxfordshire, v.28, n.3, p.301-323, May 2009.

KEISLER, C.A.; SIMPKINS, C.G.; MORTON, T.L. Prevalence of dual diagnosis of mental and substance abuse disorders in general hospitals. **Hospital and Community Psychiatry**, Arlington, v.42, p.400-403, Apr. 1991.

KIELING, C.; GONÇALVES, R.R.F. Assessing the quality of a scientific journal: the case of Revista Brasileira de Psiquiatria. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.29, n.2, p.177-181, jun. 2007.

KLAMEN, D.L. Education and training in addictive diseases. **The Psychiatric clinics of North America**, Philadelphia, v.22, n.2, p.471-480, June 1999.

KNAPP, P.; BECK, A.T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa na terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.30, p.54-64, out. 2008. Suplemento 2.

KOPSTEIN, A. Screening, brief intervention, brief treatment and referral to treatment (SBIRT) cross-site evaluation design and analysis plan. Research Triangle Park, NC: RTI International, 2007.

KREIDEWEIS, J. Indicators of success in distance education, **Computers, Informatics, Nursing**, Los Angeles, v.23, n.2, p.68-72, Mar./Apr. 2005.

KRÜGER, H. Cognição, estereótipos e preconceitos sociais. In: LIMA, M.E.O.; PEREIRA, M.E. (Orgs.). **Estereótipos, preconceitos e discriminação: perspectivas teóricas e metodológicas**. Salvador: EDUFBA, 2004. p.23-40.

LARANJEIRA, R.; DUAILIBI, S.M.; PINSKY, I. Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.27, n.3, p.176-177, set. 2005.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, p.68-77, maio 2004. Suplemento 1.

LARANJEIRA, R. et al. (Org.). I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. 76p.

LIMA, R.A.G. Por que pesquisa em saúde? **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.3, p.335-336, maio/jun. 2008.

LINK, B.G. et al., Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness and social distance. **American journal of public health**, New York, v.89, n.9, p.1328-1333, Sep. 1999.

LOCK, C.A; KANER, E.F. Use of marketing to disseminate brief alcohol intervention to general practitioners: promoting health care interventions to health promoters. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Oxford, v.6, n.4, p.345-357, Nov. 2000.

LOCK, C.A. et al. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.39, n.4, p.333-342, Aug. 2002.

LOPES, G.T.; LUIS, M.A.V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Estado do Rio de Janeiro – Brasil: atitudes e crenças. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, p.872-879, out. 2005. Número especial.

LUIS, M.A.V. et al. Experiencia de cooperación entre universidad y organización internacional para capacitar enfermeros docentes de La America Latina para La investigación del fenómeno de las drogas. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, p.307-315, abr. 2004. Número especial.

MACHADO, M.H. **Perfil dos médicos do Brasil**: relatório final (médicos em números). v.1. Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 215p.

MACIEL, M.E.D. et al. Educação em saúde na Percepção de agentes comunitários de saúde, **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.14, n.2, p.340-345, abr./jun. 2009.

MARGISON, F.R. et al. Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based evidence. **The British journal of psychiatry**, London, v.177, p.123-130, Aug. 2000.

MARLATT, G.A.; GORDON, J.R. **Prevenção da Recaída**: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed, 1993.

MARLATT, G.A. et al. **Redução de Danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Tradução de Daniel Bueno. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MATTHEOS, N. et al. Distance learning in academic health education. **European Journal of Dental Education**, Copenhagen, v.5, n.2, p.67-76, May 2001.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2009. p.39-64.

MENDES, E.V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.233-300.

MENDES, E.V. A implantação dos sistemas integrados de serviço de saúde. In: VILLA, T.C.S. et al. **Modelos de atenção à saúde**. Apostila da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2001. p.41-60. Mimeografado.

MENDOZA, A.Z. Actividades realizadas en enseñanza através del programa de promoción de la salud y prevención de adicciones en el período 2003-2004". **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, p.1201-1206, dez. 2005. Número especial.

MIDMER, D.; KAHAN, M.; MARLOW, B. Effects of a distance learning program on physicians' opioid- and benzodiazepine-prescribing skills. **The Journal of continuing education in the health professions**, Hoboken, v.26, n.4, p.294-301, 2006.

MILLER, W.R. et al. A wealth of alternatives: effective treatments for alcohol problems. In: MILLER, W.R.; HEATHER, N. (Eds.). **Treating Addictive Behaviors**. 2.ed. New York: Plenum Press, 1998. p.203-216.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional**: preparando pessoas para a mudança de comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2001. 296p.

MILLER, W.R.; WILBOURNE, P.L. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. **Addiction**, Oxford, v.97, n.3, p.265-277, Mar. 2002.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406p.

MINAYO, M.C.S. (Org.); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27.ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MINTO, E.C. et al. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiologia e Serviços em Saúde**, Brasília, v.16, n.3, p.207-220, jul./set. 2007.

MITCHELL, P. Mental health care roles of non-medical primary health and social care services. **Health & Social Care in the Community**, Singapore, v.17, n.1, p.71-82, Jan. 2009.

MOYER, A.; FINNEY, J.W. Brief interventions for alcohol problems: factors that facilitate implantation. **Alcohol Research & Health**, Bethesda, v.28, n.1, p.44-50, 2004/2005.

NASCIMENTO, E.P.L.; CORREA, C.R.S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, 1304-1313, Jun. 2008.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE; NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. Princípios de tratamento efetivo: um guia baseado em pesquisa. In: OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. **Tratamento/Dependência Química/Definição**. [2007?]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11416&rastr=TRATAMENTO%2FDepend%C3%AAncia+Qu%C3%ADmica/Defini%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 12 jul. 2009.

NEUBERG, S.L.; SMITH, D.M.; ASHER, T. Why People Stigmatize: Toward a Biocultural Framework. In: HEARTHERTON, T.F. et al. **The social psychology of stigma**. New York: The Guilford Press, 2003. p.31-61.

NEUMANN, B.R.G. Intervenção Breve. In: FORMIGONI, M.L.O.S. A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira. São Paulo: Lemos, 1992. p.66-78.

NEVES NETO, A.R. Cognitive-Behavioral Therapy in Health Institution. **Psikhê**, São Paulo, v.6, n.2, p.22-29, jul./dez. 2001.

NILSEN, P. et al. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. **Scandinavian Journal of Primary Care**, Odense, v.24, n.1, p.5-15, 2006.

OLIVEIRA, M.A.N. Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.5, p.585-589, 2007.

OLIVEIRA, W.F. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da Saúde Mental e a formação do profissional de saúde mental no contexto da promoção da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.32, n.78/79/80, p.38-48, jan./dez. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque: Secretaria Geral das Nações Unidas, 1946. Disponível em: <<http://www.unifran.br/mestrado/promocaoSaude/docs/ConstituicaodaWHO1946.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. **La Organización Panamericana de la Salud y la educación a distancia**: documento programático orientador de la cooperación técnica. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2000. 43p.

PALM, J. **Moral concerns**: treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems. 2006. 252f. Tese (Doutorado)– Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), University of Stockholm, Stockholm, 2006.

PARRY, G.; RICHARDSON, A. **NHS Psychotherapy Services in England**: Review of Strategic Policy. London: MHSE-Department of Health, 1996.

PELTZER, K. et al. **Training primary care nurses to conduct alcohol screening and brief interventions in the Limpopo Province**. Presented at the Symposium on Screening and Brief Intervention of Alcohol Problems in South Africa. 2004, Turfloop, University of the North. Disponível em: <http://www.hsrc.ac.za/research/output/outputDocuments/3084_Peltzer_Trainingprimarycarenurses.pdf>. Acesso em: 21 set. 2008.

PELUSO, E.T.P.; BLAY, S.L. A percepção popular sobre a dependência alcoólica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.30, n.1, p.19-24, mar. 2008.

PERIAGO, M.R. La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. **Revista Panamericana de salud publica**, Washington, v.18, n.4/5, p.223-228, oct./nov. 2005.

PHC RIS RESEARCH TEAM, et al. **Exploring the impact of primary health care research**: Final Report Stage 2 Primary Health Care Research Impact project. 2009. Disponível em: <http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=/elib/lib/downloaded_files/publications/pdfs/phcris_pub_8108.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2009.

PILLON, S.C.; LUIS M.A.V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.4, p.676-682, jul./ago. 2004.

RASSOOL, G.K.; RAWAF, S. Educational intervention of undergraduate nursing students' confidence skills with alcohol and drug misusers. **Nurse education today**, Edinburgh, v.28, n.3, p.284-292, Apr. 2008.

RAZZOUK, D. et al. Mental Health and psychiatry research in Brazil: scientific production from 1999 to 2003. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, p.93-100, ago. 2006. Número especial.

REEVES, S. et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane database of systematic reviews**. v.1, n.3, CD002213. Oxford: The Cochrane Library, 2008.

REILLY, C.E. A satisfaction survey on distance education: a model for educating nurses in the cognitive treatment of patients with addictive disorders. **Journal of psychosocial nursing and mental health services**, Thorofare, v.36, n.7, p.38-41, July 1998.

RIBEIRO, M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.28, p.59-62, maio 2004. Suplemento 1.

RODRIGUES, T.P. Custos e Efetividade de um treinamento por educação à distância de profissionais de saúde para detecção de uso abusivo de álcool e drogas e Intervenção Breve. 2009.63f. Dissertação (Mestrado em Psicobiologia)– Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.

ROKEACH, M. **Crenças, atitudes e valores**: uma teoria de organização e mudança. Tradução de Angela Maria Magnan Barbosa. Rio de Janeiro: Editora Interciência, 1981.

RONZANI, T.M. **Nova Política, velhas práticas**: um estudo de Identidade de Médicos de PSF. 2002. 171f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)– Faculdade de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

RONZANI, T.M. Avaliação de um processo de implementação de estratégias de prevenção ao uso excessivo de álcool em serviços de atenção primária à saúde: entre o ideal e o possível. 2005. 159f. Tese (Doutorado em Psicobiologia)– Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

RONZANI, T.M. A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio e Janeiro, v.31, n.1, p.38-43, jan./abr. 2007.

RONZANI, T.M. Padrão de uso de álcool entre pacientes da atenção primária à saúde: estudo comparativo. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.11, n.2, p.163-171, abr./jun. 2008.

RONZANI, T.M.; FORMIGONI, M.L.O.S. Estratégias de rastreamento e intervenção breve ao uso de álcool na APS: um pouco de realidade. In: LUIS, M.A.V. (Org.). **Os novos velhos desafios da saúde mental**. Ribeirão Preto: DEPOCH/EERP/USP, 2008. 318p.

RONZANI, T.M.; RODRIGUES, M.C. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v.26, n.1, p.132-143, mar. 2006.

RONZANI, T.M.; HIGGINS-BIDDLE, J.; FURTADO, E.F. Stigmatization of alcohol and other drug user by primary care providers in Southeast Brazil. **Social Science & Medicine**, Maryland Heights, v.69, n.7, p.1080-1084, Oct. 2009.

RONZANI, T.M.; MOTA, D.C.B.; SOUZA, I.C.W. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, p.51-61, ago. 2009. Suplemento 1.

RONZANI, T.M. et al. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.852-861, maio/jun. 2005.

RONZANI, T.M.; ANDRADE, T. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. In: SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais**. Sistema para detecção do uso

abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento - SUPERA. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. Módulo 1. p.25-32.

RUTZ, W.; Von KNORRING, L.; WALINDER, J. Long-term effects of na educational program for general practioners given by the Swedish committe for the prevention and treatment of depression. **Acta psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v.85, n.1, p.83-88, Jan. 1992.

SAITZ, R.; GALANTER, M. **Alcohol/Drug Screening and Brief Intervention: Advances in Evidence-Based Practice**. Binghamton: The Hawort Medical Press, 2008.

SCHACHT, T.E. Making psychotherapy work in primary care medicine. **American family physician**, Kansas City, v.73, n.1, p.34-37, Jan. 2006.

SALKOVSKIS,P. (Ed.). **Fronteiras da Terapia Cognitiva**. Tradução de Ana Maria Serra. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SALVERON, M.; ARNEY, F.; SCOTT, D. Sowing the seeds of innovation: Ideas for child and family services. **Family Matters**, Melbourne, n.73, p.38-45, 2006.

SANDERS, J. **Distance education: can it go the distance?** Chicago: National Council of State Boards of Nursing, 2007.

SAUNDERS, J.B. et al. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II. **Addiction**, Oxford, v.88, n.6, p.791-804, 1993.

SCOTT, D. **Sowing the Seeds of Innovation in Child Protection**. Melbourne: Centre for Excellence in Child and Family Welfare, 2006. 22p.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Guia do Estudante**. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento - SUPERA. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. 44p.

SHAFER, M.S.; RHODE, R.; CHONG, J. Using distance education to promote the transfer of motivational interviewing skills among behavioral health professionals. **Journal of Substance Abuse Treatment**, New York, v.26, p.141-148, Mar. 2004.

SILVA, S.E.D. et al. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.699-705, dez. 2007.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

SOUZA, I.C.W. Estratégias Cognitivas na Atenção Básica de Saúde. In: RIBEIRO, M.S. **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental** (Org.). Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2007. p.239-247.

SQUIRES, D.D.; GUMBLEY, S.J.; STORTI, S.A. Training substance abuse treatment organizations to adopt evidence-based practices: the Addiction Technology Transfer Center of New England Science to Service Laboratory. **Journal of substance abuse treatment**, New York, v.34, n.3, p.293-301, Apr. 2008.

STANGOR, C.; CRANDALL, C.S. Threat and the Social Construction of Stigma. In: HEARTHERTON, T.F. et al. **The social psychology of stigma**. New York: The Guilford Press, 2003. p.62-87.

STINGEL, A.M.; LEMGRUBER, V. Pesquisa em psicoterapia: possibilidades, alcances e limitações. In: LEMGRUBER, V. (org.). **O futuro da integração: desenvolvimentos em psicoterapia breve**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 158p.

TEMPORÃO, J.G. Saúde pública e controle do tabagismo no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.670-671, maio/jun. 2005.

THE ACADEMIC ED SBIRT RESEARCH COLLABORATIVE. The Impact of Screening, Brief Intervention, and Referral for Treatment on Emergency Department Patients' Alcohol Use. **Annals of Emergency Medicine**, New York, v.50, n.6, p.699-710, Dec. 2007.

TOMASI, E.; FACCHINI, L.A.; MAIA, M.F.S. Health Information technology in primary health care in developing countries: a literature review. **Bulletin of World Health Organization**, Geneva, v.82, n.11, p.867-874, Nov, 2004.

TOWLE, A. Changes in health care and continuing medical education for the 21st century. **British Medical Journal**, London, v.316, n.7127, p.301-304, 1998.

- VAN BOEIJEN, C.A. et al. Treatment of anxiety disorders in primary care practice: a randomised controlled trial. **British Journal of General Practice**, London, v.55, n.519, p.763-769, Oct. 2005.
- VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, F.D. O Sistema Único de Saúde. In: WAGNER, G. S. C. et al. **Tratado de saúde coletiva**, 2.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, p.531-562, 2007.
- VIANNA, V.P.T. **Eficácia de uma sessão de intervenção breve na redução do uso de álcool e problemas relacionados**. 2008. 94f. Tese (Doutorado em Psicobiologia)– Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.
- VILHENA, J.; DIMENSTEIN, M.; ZAMORA, M.H. O trabalho do psicólogo com comunidades: cultura e formação profissional. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.133-146, 2000.
- WAINER, R.; PICCOLOTO, N.M. Formação e supervisão em psicoterapia cognitivo-comportamental. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v.10, n.2, p.219-228, dez. 2008.
- WHO ASSIST WORKING GROUP. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. **Addiction**, Oxford, v.97, n.9, p.1183-1194, 2002.
- WHO BRIEF INTERVENTION STUDY GROUP. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. **American journal of public health**, New York, v.86, n.7, p.948-955, July 1996.
- WIEBE, E.; GREIVER, M. Using cognitive behavioural therapy in practice: qualitative study of family physicians' experiences. **College of Family Physicians of Canada**, Williwdale, v.51, n.7, p.992-993, July 2005.
- WILD, D.J.; WIGGINS, G.D. Videoconferencing and other distance education techniques in chemo informatics teaching and research at Indiana University. **Journal of chemical information and modeling**, Washington, v.46, n.2, p.495-502, Mar./Apr. 2006.
- WUTZKE, S. et al. The long –term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-yr follow-up. **Addiction**, Oxford, v,97, n.6, p.665-675, June 2002.
- YOUNG, J.; BECK, A.T. Cognitive Therapy Scale Rating Manual. 1980. 24p.

YU, S.; YANG K.F. Attitudes toward web-based distance learning among public health nurses in Taiwan: A questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, Amsterdam, v.43, p.767-774, 2006.

APÊNDICES

Identificação com o trabalho

Outro: _____

13) Numa escala de 1 a 4, onde 1 corresponde a NADA SATISFEITO e 4 a TOTALMENTE SATISFEITO, o quanto você acha que está satisfeito em trabalhar no PSF/UBS?

1. Nada satisfeito 2. Pouco satisfeito 3. Satisfeito

4. Totalmente satisfeito

14) O quanto você desenvolve atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde?

nunca raramente às vezes quase sempre sempre

15) O quanto seus colegas desenvolvem atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde?

nunca raramente às vezes quase sempre sempre

16) Numa escala de 1 a 5, onde 1 é totalmente desmotivado e 5 totalmente motivado, o quanto motivado você se sente para realizar trabalho de prevenção ao uso nocivo de álcool?

1. Totalmente desmotivado 2. Desmotivado 3. Neutro

4. Motivado 5. Totalmente Motivado

17) Numa escala de 1 a 5, onde 1 é totalmente desmotivado e 5 totalmente motivado, o quanto você acha que seus colegas se sentem para realizar trabalho de prevenção ao uso nocivo de álcool?

1. Totalmente desmotivado 2. Desmotivado 3. Neutro

4. Motivado 5. Totalmente Motivado

OBRIGADA!

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semi-estruturada¹⁰

PROJETO “O Profissional da APS e as substâncias de abuso: o papel da capacitação na rotina da assistência”

POR: ISABEL CRISTINA WEISS DE SOUZA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA/UFJF – 2008

ORIENTADOR: PROFESSOR Dr. TELMO MOTA RONZANI

Entrevistado (a): _____

Cidade: _____

UBS ou PSF? _____

Data: ____/____/____ Horário: _____ h

PARTE I: IDENTIFICAÇÃO

- 1) Você já se submeteu a algum tipo de treinamento, curso ou capacitação na área de álcool e outras drogas?
() Sim () Não
- 2) Se sim, diga em que ano isto se deu, de quanto tempo foi o treinamento, curso ou capacitação e qual a metodologia adotada (à distância ou presencial):
- 3) Desde quando atua na APS?
- 4) Sempre ocupou esta função que atua hoje em dia? Se não, diga em que outra(s) já atuou.

PARTE II: CAPACITAÇÃO

- 5) Qual a sua opinião sobre o curso, treinamento ou capacitação que participou? Fale a respeito do conteúdo ministrado (qualidade, grau de dificuldade, atualização do mesmo), didática das aulas, tempo de duração do curso (suficiente ou não), acompanhamento de professores ou tutores durante e após o curso, material didático oferecido, necessidade de conhecimentos prévios, instituição que promoveu o curso.
- 6) Você observou mudança em sua atuação junto aos usuários do sistema de saúde após a capacitação? Como foi isso?

¹⁰ Adaptado da obra de Ronzani (2002, 2005).

PARTE III: ATITUDES E PRÁTICAS

- 7) Você costuma avaliar o padrão de uso de álcool ou outras drogas dos usuários (pacientes) da UBS? De que forma faz isso?
- 8) Como você aborda o assunto álcool e drogas junto aos usuários?
- 9) A UBS onde atua já implementou algum movimento (campanhas, palestras, colocação de cartazes, distribuição de material informativo, grupos de mútua ajuda etc) direcionado para conscientização da população local em relação aos problemas relacionados ao uso de álcool e drogas? Se sim, descreva que tipo de movimento foi este e quando ele aconteceu. Se não, diga por quê.
- 10) Quais são as maiores dificuldades que você enfrenta na abordagem a estes usuários?
- 11) Sua equipe de UBS tem algum posicionamento comum em relação à forma como abordar o assunto? É incentivado que se investigue sobre o tema?
- 12) Você acompanha o usuário identificado com problemas em relação à forma como usa álcool e/ou outras drogas por algum período, após o (s) primeiro (s) contato(s) com ele? Se sim, por quanto tempo depois?
- 13) Os usuários identificados como dependentes de substâncias são encaminhados para alguma instância de tratamento especializado? Se sim, diga qual. Se não, descreva os procedimentos adotados nestes casos.
- 14) Você pretende aprofundar seus conhecimentos a respeito do tema álcool e outras drogas? Se sim, diga de que forma.
- 15) Você acredita que os usuários de álcool e outras drogas se beneficiam de algum tipo de forma de abordagem ou tratamento específico? Você tem esta experiência de trabalho?

PARTE IV: CRENÇAS

- 16) O que você pensa a respeito do tema álcool e drogas? Justifique sua resposta.
- 17) Como você descreveria a forma como os usuários recebem, de uma maneira geral, seus questionamentos a respeito da forma como eles usam álcool ou drogas?
- 18) Como você se sente ao questioná-los a este respeito?
- 19) O que você pensa sobre a inclusão de perguntas a respeito de álcool e drogas numa entrevista com o usuário, em UBS?
- 20) O que você considera mais difícil ao falar sobre o assunto com o usuário?
- 21) O que considera mais fácil?
- 22) Quais as mudanças que você considera importantes na recuperação?
- 23) O que você acredita que leve uma pessoa a usar álcool e outras drogas de forma abusiva?
- 24) O que você acredita que faça com que muitas pessoas tenham dificuldade em aceitar mudanças sugeridas (por profissionais, familiares ou amigos) na forma como consomem álcool e outras drogas?
- 25) A que você atribuiria as recaídas em comportamentos de abuso de substâncias por aqueles que já foram submetidos a tratamentos ou intervenções a respeito da forma como usam álcool ou outras drogas?
- 26) Como você pensa que o uso/usuário de drogas deve ser encarado pela sociedade?

- 27) Álcool: reprimir ou liberar, qual o melhor caminho?
- 28) Drogas: reprimir ou liberar, qual o melhor caminho?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



PÓLO DE PESQUISA EM PSICOLOGIA SOCIAL E SAÚDE COLETIVA

Título do Projeto: “O PROFISSIONAL DA APS E AS SUBSTÂNCIAS DE ABUSO: O PAPEL DA CAPACITAÇÃO NA ROTINA DA ASSISTÊNCIA”

Coordenador do Projeto: Isabel Cristina Weiss de Souza

Telefones de contato do Coordenador: (32)8416-6203

E-mail: isabelweiss@acessa.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**O Profissional da APS e as substâncias de abuso: o papel da capacitação na rotina da assistência**”. Neste estudo pretendemos realizar uma comparação entre atitudes e práticas de prevenção na área de álcool e outras drogas entre profissionais capacitados pelo SUPERA e profissionais treinados presencialmente por esta pesquisadora que se dirige ao sr (a). Para tal também contaremos com a colaboração de profissionais de UBS que não foram submetidos ao SUPERA e nem receberam treinamento presencial. Sendo assim, dedaro ter sido adequadamente esclarecido, a partir da leitura das informações que se seguem, a respeito deste Projeto de Pesquisa, do qual disponho-me a tomar parte como voluntário, respondendo, de forma sigilosa, ao questionário, conforme me foi solicitado:

- Fui informado de que minha inclusão na população deste estudo se deu em função ter sido selecionado entre os profissionais de UBS capacitados pelo SUPERA / interessadas no treinamento presencial/ disponíveis para compor o grupo controle.

- Encontro-me informado de que não se prevê qualquer ressarcimento ou privilégio — seja ele de caráter financeiro ou de qualquer outra natureza — aos voluntários que participarem desta pesquisa.

- Da mesma forma, fui também informado de que minha participação não envolve qualquer risco e que minha não-concordância em participar deste projeto não me acarretaria prejuízos de qualquer espécie, sendo também que posso desistir de participar da pesquisa em qualquer momento.

- Estou ciente de que estão sendo tomadas todas as possíveis medidas de cuidado quanto à privacidade de todos aqueles que responderem ao questionário que se segue, bem como quanto a confidencialidade relativa aos questionários respondidos.

- Encontro-me também ciente de que poderei recusar-me a responder a qualquer pergunta que porventura me cause algum constrangimento.

- Estou ciente de que este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva e a outra será fornecida a mim.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “**O Profissional da APS e as substâncias de abuso: o papel da capacitação na rotina da assistência**”, de maneira clara e detalhada e esdareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

| | | |
|-------------|--------------------------------|-------------|
| <i>Nome</i> | <i>Assinatura participante</i> | <i>Data</i> |
|-------------|--------------------------------|-------------|

| | | |
|-------------|---|--|
| <i>Nome</i> | <i>Isabel Cristina Weiss de Souza - Pesquisador Responsável</i> | |
|-------------|---|--|

Data

EM CASO DE DÚVIDAS COM RESPEITO AOS ASPECTOS ÉTICOS DESTA PESQUISA, VOCÊ PODERÁ CONSULTAR O:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF, PRÓ-REITORIA DE PESQUISA; FONE:323229 3788

APÊNDICE D – Quadros de categorização vertical das entrevistas

Entrevista 1: GNT 1

| SUBTEMAS E CATEGORIAS | TRECHOS DA ENTREVISTA |
|---|--|
| TEMA 1: CAPACITAÇÃO | |
| <p>1.1 Cursos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 horas, há mais de 5 anos, enquanto estudante • Opinião sobre o curso <ul style="list-style-type: none"> – Excelente • Influência na prática de APS <ul style="list-style-type: none"> – Embasamento teórico – Mudança de visão – Ênfase na continuidade | <p>[...] do CMT, mas há mais de 5 anos. De 40 horas, com equipe multi: médico, terapeuta, ex-usuário.</p> <p>[...] Dá embasamento, mas eu era estudante ainda, na época.</p> <p>[...] nós somos enfermeiros de programa, tem programa de tudo, entendeu? Então a gente faz de tudo, tem que estar sempre se informando, porque eu não sou especialista em tuberculose, não sou em hanseníase, em álcool e drogas, tenho que lidar com tudo de forma bem ampla, então se não pratica, vai ficando obsoleto [...] álcool e drogas é interessante porque faz parte da APS. [...] Mudou, porque pude ter visão diferente da que tinha, porque ver em livro é diferente. Estudo de caso, relato de experiência é bem mais interessante.</p> |
| <p>1.2 Pretensão de aprofundamento nos conhecimentos sobre álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pretensão de fazer curso na área <ul style="list-style-type: none"> – Curso de pequena duração • Falta de pretensão de especializar-se | <p>[...] Eu não pretendo me especializar nisso. Mas com certeza, capacitação, curso, é interessante. Eu gosto. Não é uma área que eu faria uma especialização.</p> |
| TEMA 2: PRÁTICAS | |
| <p>2.1 Avaliação do padrão de consumo de álcool e outras drogas entre usuários de APS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza avaliação informal do consumo de álcool • Intervenção com aqueles que já apresentem problemas relacionados | <p>Olha só, avalio, mas de forma informal. Não tem uma escala. A gente não trabalha com isso pra poder estar caracterizando este paciente por nível. A gente não tem, faz de forma informal. Através do conhecimento que a gente tem da população, como é que ele vive, já sabe.</p> |
| <p>2.2 Forma de abordar o assunto álcool e outras drogas com os usuários de APS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase em grupo específico (idoso) | <p>Abordo com orientação, problematização mesmo, do caso. Digo: se você continuar bebendo vai acontecer isso, vai acontecer aquilo. Diretamente com o paciente! Lógico, assim de uma forma menos constrangedora. Paciente sozinho, tento chegar, como se diz, pelas beiradas [...] digo: “olha, isso aqui não pode, você não pode vir aqui assim fazer curativo. Se você continuar bebendo, o curativo não vai</p> |

| | |
|--|---|
| | evoluir.” [...] Então você tem que ter uma forma, bem de levinho, de abordar com os idosos. Eles levam pelo lado pessoal assim: “Ah, será que ela está achando que eu sou um alcoólatra?” |
| 2.3 Etapa em que aborda o tema álcool e outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Na anamnese • Na visita domiciliar | <p>Com certeza: Ele faz uso de álcool ou algum tipo de drogas, cigarro? Isso é lógico, toda anamnese eu pergunto, com certeza, diretamente.</p> <p>[...] Depois você vai descobrir através da visita, da própria população que fala: “Olha, aquele ali bebe e deixa as crianças sozinhas”. Aí é que a gente vai descobrir o problema. Não na hora da anamnese.</p> |
| 2.4 Forma de identificação de problemas com álcool e outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Observação da evolução clínica (de uma comorbidade) • “Denúncia” de terceiros | <p>[...] Se sabe pela ferida se ele está bebendo, ou não [...] A maioria nega, isso é fato [...] Depois você vai descobrir através da visita, da própria população que fala: “Olha, aquele ali bebe e deixa as crianças sozinhas”. Aí é que a gente vai descobrir o problema. Não na hora da anamnese.</p> |
| 2.5 Implementação de ações de conscientização na população local <ul style="list-style-type: none"> • Ação isolada na comunidade | <p>[...] Palestra, a gente já fez [...] Mas, pequena população que vem. Mas população em massa, mutirão, isso não!</p> |
| 2.6 Incentivo na equipe para se investigar o tema <ul style="list-style-type: none"> • Inexistente | <p>Não, não há incentivo!</p> |
| 2.7 Acompanhamento do usuário identificado com problemas com álcool e/ou outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento em consultas de retorno | <p>[...] Acompanhamento, constantemente. [...] tudo que envolve álcool a gente faz muita vigilância! A gente faz o tratamento diferente [...] Olha, eu vou ser sincera com você, até agora eu acho que neste tempo de 4 anos de PSF, uns 5, 6 pacientes pararam de usar álcool e droga, essas coisas, por orientação. É muito resistente. Então eu acompanho, não paro de acompanhar. Sempre, todo mês a gente está passando visita. Tem caso que a gente vai todo mês, tem caso que é mais complicado, que a gente vai semanalmente.</p> |
| 2.8 Encaminhamento para serviços especializados <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Psiquiátrica | <p>[...] A gente quase não tem referência, esse é um problema que a gente sempre bate. A gente aqui não tem AA. Tinha, mas acabou. [...] a gente não tem, assim, grupos religiosos. Fora saúde, que ajude a gente nessa briga aí, a gente não tem muita referência. O problema que a gente enfrenta de álcool e de drogas é que o único lugar que a gente tem para mandar</p> |

| | |
|--|---|
| | estes pacientes são clínicas psiquiátricas [...] a princípio, quando a gente diagnostica, ele precisava de tratamento específico, de acompanhamento multiprofissional: de terapeuta, de psicólogo [...] Mas fica no PSF mesmo: enfermeiro-psicólogo, enfermeiro-terapeuta, enfermeiro-assistente social. |
| 2.9 Inclusão de perguntas sobre álcool e outras drogas em entrevistas de rotina <ul style="list-style-type: none"> • Crença na importância para planejamento das ações | Nossa! Totalmente necessária, porque a gente tem que tentar ir abordando isso daí, porque é a partir daí que a gente vai definir nossa atuação, planejar nossas ações. |
| TEMA 3: ATITUDES | |
| 3.1 Posicionamento comum na equipe sobre como abordar <ul style="list-style-type: none"> • Inexistência de posicionamento comum | Não, cada um aborda de um jeito. |
| 3.2 Atitudes atribuídas aos colegas <ul style="list-style-type: none"> • Atitude com enfoque moralista | [...] O funcionário atendeu ela e falou: “Aqui não tem médico, não! Você vai lá pra Santa Casa!” [...] Não é assim: “ela vai pra Santa Casa”. Porque ela está bêbada? Acham que é falta de vergonha na cara! |
| 3.3 Atitudes atribuídas aos pacientes usuários de álcool e outras drogas quando abordados <ul style="list-style-type: none"> • Receptividade à abordagem <ul style="list-style-type: none"> – Tentativa de reflexão sobre o tema • Esquiva diante da abordagem • Abordagem sem impacto na mudança de atitude | Olha, alguns tentam refletir, uns ironizam, acham bonito. Essa mesma que te falei do braço quebrado, falou: “Vou beber uísque, ficar doidona!” [...] Alguns valorizam o que a gente fala, outros ironizam, outros fingem que estão ouvindo.[...] Ouvem, mas não assimilam. Fingem que está: “Você está certa!”. Mas você sabe que não vai fazer. [...] Outra coisa difícil é o acompanhamento. Porque muitos fogem. Eles fogem, porque quando você começa a trabalhar muito: “Ih, vem aquela chata daquela enfermeira. Vai perguntar de novo se estou bebendo.” |
| 3.4 Atitudes atribuídas aos usuários de APS em geral, quando abordados sobre o uso de álcool e outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Receptividade <ul style="list-style-type: none"> – Facilidade na abordagem entre os que assumem o uso • Hostilidade <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase em grupo específico (idoso) | [...] E as pessoas, os adultos em geral, que não são alcoólatras, eles costumam levar numa boa: “Ah, não. Eu bebo uma cervejinha no fim de semana! Ou quando tem um churrasco.” “Ah, quanto você bebe?” “1 ou 2 cervejas”. Levam numa boa. Os idosos, alguns sentem como se fossem ofendidos da gente fazer uma pergunta dessas. [...] eles levam pelo lado pessoal, assim: “Ah, será que ela está achando que eu sou um alcoólatra?” |
| 3.5 Atitudes atribuídas aos usuários de álcool e outras drogas que se recuperam <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na vontade pessoal | Mudanças, da pessoa? [...] Eu acho que é a mudança dos hábitos. [...] Porque, por exemplo, este paciente que bebe, que usa |

| | |
|--|---|
| <p>– Importância da mudança de hábitos</p> | <p>drogas, se ele quiser parar não vai poder ficar com mesmos hábitos que tinha. [...] É a mesma coisa que eu pedir a um gordinho para emagrecer e deixar ele em frente a uma mesa de doces. É praticamente impossível.</p> |
| <p>TEMA 4: CRENÇAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS</p> | |
| <p>4.1 Crenças relacionadas aos usuários de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente mais propenso a riscos <ul style="list-style-type: none"> – Risco de violência – Risco de doenças • Crença de que são exibicionistas • Crença na não adesão ao tratamento • Crença de que trata-se de problema moral • Crença na vitimização do usuário de álcool e drogas | <p>[...] o paciente que usa álcool e drogas, ele é um paciente mais susceptível a doenças sexualmente transmissíveis, violência domiciliar, violência sexual.</p> <p>[...] acham bonito isso [...] Acha que é espetáculo! [...] usa droga porque é bonito [...] modismo</p> <p>[...] porque se ele para de ser um paciente de risco, eu vou acompanhar ele todo mês, mas a maioria não para! Então não tem jeito de você dizer: “Ah, vou acompanhar ele por um mês. É indeterminado!</p> <p>[...] quando a gente lida com álcool e droga a gente lida com muito problema. A gente lida com mentira, porque 90% dos pacientes usuários mentem. [...] a maioria nega, isso é fato, a maioria nega!</p> <p>[...] paciente alcoólatra ele pode vir a ser um agressor familiar, ou ele pode fazer uso de álcool por agressão familiar. [...] Por exemplo, um adolescente que sofreu agressão a vida toda ele pode começar a beber, a usar droga, porque ele tem uma família que só tem confusão, só tem briga e agressão.</p> <p>[...] isso é uma dificuldade, eu consigo conscientizar ele de parar de beber, de usar droga, mas eu não vou poder resolver os problemas dele [...] eu não vou poder pagar uma dívida dele com agiota?! Eu não tenho condições! [...] Porque eles usam álcool para resolver os problemas: “Ah, porque minha filha engravidou, porque minha mulher está fazendo isso, porque meu filho está usando droga.”</p> <p>[...] Agora, é difícil tornar ele ativo, reativo [...] porque muitos fogem, eles fogem [...] porque é melhor você manter ele perto de você, você tem controle, do que você perder ele, porque dependendo da forma como você aborda, ele some mesmo!</p> |
| <p>4.2 Crenças sobre o abuso de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • É fenômeno multifatorial • É irreversível | <p>[...] a gente quase não tem referência. Esse é um problema que a gente sempre bate. A gente aqui não tem AA [...] ele precisava de acompanhamento multiprofissional.</p> |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • É problema moral | <p>[...] Porque o vício é muito difícil de você controlar! [...] É hábito, é vício e hábito. [...] A pessoa já acostumou, a válvula de escape dela é o álcool, então ele briga com a mulher, e vai beber.</p> <p>[...] Porque eu morro de dó! Eu tenho dó! Sabe, porque eu entendo o alcoolismo como uma doença, mas as pessoas não entendem. Achem que é falta de vergonha na cara!</p> <p>[...] situação econômica, problemas conjugais, violência familiar, violência fora da família também, alguns problemas de saúde, doenças crônicas [...] sabe que vai morrer, cuidar da saúde pra quê? [...] baixa escolaridade, também é um fator muito complicado.</p> |
| <p>4.3 Crenças sobre a abordagem quanto ao uso de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na facilidade em disseminar informação • Crença de que o usuário não promove mudanças | <p>Conscientizar que está errado, que não presta, é a pior parte. Porque educar, passar a informação, a gente passa, agora, conscientizar é diferente.</p> <p>[...] Educação e Saúde a gente faz! [...] mais fácil é você passar alguma coisa pro paciente, ele é passivo.</p> |
| <p>4.4 Crenças sobre as recaídas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na influência de fatores internos – Compulsão (vício) | <p>O vício! Vício mesmo. O vício ele é uma coisa, assim, violenta. Então eu acho que o vício que faz isso, a recaída.</p> |
| <p>4.5 Crenças atribuídas aos colegas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na atribuição a um problema moral | <p>[...] o funcionário atendeu ela e falou: “Aqui não tem médico, não! Você vai lá pra Santa Casa!” [...] Não é assim “ela vai pra Santa Casa”. Porque ela está bêbada? [...] Eu tenho dó! Sabe, porque eu entendo o alcoolismo como uma doença, mas as pessoas não entendem. Achem que é falta de vergonha na cara!</p> |
| <p>4.6 Crenças sobre liberação ou repressão do álcool</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na repressão – Impacto epidemiológico justifica | <p>Ai, bom, segundo as estatísticas, acho que reprimir está sendo melhor. Igual a Lei Seca aí, um monte de pesquisa está sendo provado, comprovado, por números. Então eu acho que é reprimir, porque liberar já é e não está funcionando.</p> |
| <p>4.7 Crenças sobre a liberação ou repressão das outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na repressão | <p>[...] eu acho que a única coisa boa de liberar a droga seria o problema do traficante, porque aí pelo menos ia ter que pagar imposto pra vender isso, então ia acabar com a violência do tráfico. Mas acho que aumentaria muito o consumo, aumentaria porque ia ter oferta, propaganda, o famoso “merchand”. Hum,</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>droga já é reprimido. Mas não está funcionando. Já pensei muito em liberar, mas não acho que é o caminho. Porque eu acho que liberar tem que ter consciência, uma conscientização! E muita gente não tem. Então eu acho que não vai adiantar. Acho que só vai piorar [...] divulgar o negócio, ia ser uma beleza! Então eu acho que o negócio é reprimir!</p> |
| TEMA 5 : CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS SOBRE TRATAMENTOS PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Oficinas terapêuticas | <p>[...] Grupo é grupo? Atividades de coordenação motora, pintura, bordado. Grupo dessa coisa ia ser perfeito, maravilhoso. Mas a gente não tem isso aqui, não!</p> |
| TEMA 6: SENTIMENTOS ENVOLVIDOS AO LIDAR COM O TEMA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Impotência • Medo • Piedade • Apreensão • Indiferença • Sente-se à vontade ao transmitir informação | <p>[...] eu consigo conscientizar ele [...] mas eu não vou poder resolver os problema dele, eu vou poder orientar, dar caminhos, soluções, mas eu não vou poder pagar a dívida dele com o agiota. Eu não tenho condições. Aí é que a gente se limita. Olha, a maior dificuldade que eu acho: resistência do usuário, medo de perder o vínculo, porque tem usuário, como se diz, se apertar muito, ele some.</p> <p>[...] a ambulância vai levar ela porque ela está sentindo dor! Entendeu? Porque eu morro de dó! Eu tenho dó! Porque eu entendo o alcoolismo como uma doença!</p> <p>[...] tudo que envolve álcool, a gente faz muita vigilância. [...] paciente sozinho tento chegar pelas beiradas.</p> <p>[...] abordo com orientação, com problematização [...] Sinto normal, meu trabalho, não vejo dificuldade nenhuma em fazer isso. Me sinto super à vontade!</p> |

Entrevista 2 – GNT 2

| SUBTEMAS E CATEGORIAS | TRECHOS DA ENTREVISTA |
|--|--|
| TEMA 1: CAPACITAÇÃO | |
| 1.1 Cursos <ul style="list-style-type: none"> • Nenhum <ul style="list-style-type: none"> – Passagem pelos CAPS | <p>Não fiz curso. A gente frequentou os CAPS na faculdade: conheceu, frequentou palestra, mas depois de formada, não!</p> |
| 1.2 Pretensão de aprofundamento nos conhecimentos sobre álcool e outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Pretensão de fazer curso na área • Reconhecimento da necessidade para a APS | <p>Seria muito bom. Acho que todo mundo. Por a gente ter essa área, duas áreas assim bem críticas mesmo. Todas as micro-áreas.</p> |
| TEMA 2: PRÁTICAS | |
| 2.1 Avaliação do padrão de consumo de álcool e outras drogas entre usuários de APS <ul style="list-style-type: none"> • Realiza avaliação informal do consumo de álcool • Intervenção com aqueles que já apresentem problemas relacionados • Realiza avaliação informal de consumo de outras drogas em grupo específico (preventivo) | <p>A gente avalia, conversa. [...] principalmente quando tem alguma doença crônica envolvida, a gente dá medicação e como é que você dá medicação para uma pessoa que está ingerindo bebida alcoólica diariamente? A gente orienta dentro da nossa capacidade. O que a gente acha que está certo, a gente orienta [...] O álcool quando visível, quando a gente vê que é usuário. [...] droga só, por exemplo, no meu caso, quando eu estou fazendo preventivo, coleta do preventivo nas mulheres, aí eu chego a tocar no assunto. Agora de outra forma, a gente não aborda.</p> |
| 2.2 Forma de abordar o assunto álcool e outras drogas com os usuários de APS <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase no vínculo | <p>[...] O que a gente acha que está certo, a gente orienta. [...] aí devagarzinho a gente vai criando o vínculo. E vai tentando orientar [...] pergunta indireta, às vezes direta, mas a gente tenta primeiro, eu pelo menos, tento primeiro me aproximar da pessoa. [...] “Poxa, a pressão da senhora está alta, só vai controlar com a medicação. Para um pouquinho, deixa a cachacinha de lado. É bom trocar por outra coisa, fazer outra coisa que a senhora gosta.”</p> |
| 2.3 Etapa em que aborda o tema álcool e outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Na visita domiciliar <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase no álcool • Na anamnese <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na droga em grupo específico (mulheres) | <p>[...] O álcool, quando visível, quando a gente vê que é usuário. A gente chama, conversa, ou mesmo na visita domiciliar, aí você está ali no ambiente da pessoa, aí fica mais fácil tocar no assunto. [...] só quando aparece um caso mais grave os próprios agentes trazem pra gente, mas não é uma pergunta, assim. [...] droga só, por exemplo, no meu caso,</p> |

| | |
|--|--|
| | quando eu estou fazendo preventivo [...]. |
| 2.4 Forma de identificação de problemas com álcool e outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Observação da conduta • “Denúncia” de terceiros | <p>[...] aí ele nega, da outra vez que você vai lá ele assume. Aí você pergunta a frequência. Aí ele mente, você sabe que é todo dia. Mas aí você não vai contra o que ele te falou. Aí devagarzinho a gente vai criando o vínculo. E vai tentando orientar.</p> <p>[...] a família disse que usava droga também [...]</p> |
| 2.5 Implementação de ações de conscientização na população local <ul style="list-style-type: none"> • Ação isolada na comunidade | <p>O que a gente costuma fazer é nos grupos educativos, [...] todo mês, eu faço grupo educativo com hipertensos e diabéticos. A gente olha a pressão, entrega a medicação. Então toda a vez a gente pega um tema. E aí às vezes a gente toca no assunto e aborda o tema, passa o tempo, aborda de novo. A gente fala as consequências, os malefícios todos.</p> |
| 2.6 Incentivo na equipe para se investigar o tema <ul style="list-style-type: none"> • Inexistente no momento | <p>É. É investigado.</p> |
| 2.7 Acompanhamento do usuário identificado com problemas com álcool e/ou outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase no papel do agente de saúde | <p>[...] a gente não sabe nem o que fazer. A não ser que ele esteja caído lá. A gente vai levar pra Santa Casa, interna, hidrata lá um pouquinho e depois volta. Volta pro mesmo ambiente, da mesma forma. Ou a gente interfere quando tem um caso de maus tratos, quando ele está maltratando o idoso, a criança, a família [...] aí a gente aciona o Conselho Tutelar, Conselho do Idoso, Promotoria. Acompanhamento em si, não!</p> |
| 2.8 Encaminhamento para serviços especializados <ul style="list-style-type: none"> • Inexistente | <p>[...] a gente sabe que dependendo do grau, só clínica. A gente não vai conseguir resolver sozinha.</p> <p>[...] falta de ter pra onde encaminhar estas pessoas, caso algum fale: “Ah, eu quero parar. E aí? Como é que faz?” Não sei: Pra onde eu vou te encaminhar? O AA aqui tem, mas eu acho que não está funcionando não!</p> |
| 2.9 Inclusão de perguntas sobre álcool e outras drogas em entrevistas de rotina <ul style="list-style-type: none"> • Crença no falseamento das respostas | <p>Acredito que alguns vão mentir. Porque eles próprios têm vergonha. Tirando um ou outro que fala mesmo que usa, que bebe todo dia, a maioria vai, eu acredito, que ele vai esquivar ali: “Não, não! Não bebo, não!”</p> |
| TEMA 3: ATITUDES | |
| 3.1 Posicionamento comum na equipe | Ah, é um consenso. Principalmente agente |

| | |
|---|---|
| <p>sobre como abordar</p> <ul style="list-style-type: none"> Existência de posicionamento comum <ul style="list-style-type: none"> – Crença na necessidade de uma aproximação pessoal | <p>comunitário, em área que é mais crítica, ela mesma já percebeu que se chegar mais arredio com eles, fica mais difícil de a gente chegar perto deles depois. Então a gente tenta desta forma mesmo, de ir se aproximando, conversando, fazendo vínculo meio que na amizade ali pra poder mostrar, devagarzinho, de leve, ir puxando as orelhas deles, devagarzinho ir incentivando quando eles não estiverem usando.</p> |
| <p>3.2 Atitudes atribuídas aos colegas</p> <ul style="list-style-type: none"> Atitude com enfoque moralista Desorientação | <p>[...] agente comunitário, em área que é mais crítica, ela mesma já percebeu que se chegar mais arredio com eles, fica mais difícil de a gente chegar mais perto deles depois. Então a gente tenta dessa forma mesmo [...] devagarzinho, de leve, ir puxando as orelhas deles [...]. [...] a gente não sabe nem o que fazer. A não ser que ele esteja caído lá. A gente vai, leva pra Santa Casa, interna, hidrata lá um pouquinho [...]</p> |
| <p>3.3 Atitudes atribuídas aos pacientes usuários de álcool e outras drogas quando abordados</p> <ul style="list-style-type: none"> Abordagem sem impacto na mudança de atitude | <p>[...] mas hoje a gente vê que é muito difícil eles fazerem aquilo que a gente fala. Só com a palavra, não mudam a postura deles. Não mudam a atitude deles. Eles ouvem, recebem a gente bem, tudo, mas a postura não muda.</p> |
| <p>3.4 Atitudes atribuídas aos usuários de APS em geral, quando abordados sobre o uso de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> Receptividade <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na estratégia de abordagem | <p>[...] de uma forma geral, acredito que melhorou com esta forma que a gente está tentando de aproximar.</p> |
| <p>3.5 Atitudes atribuídas aos usuários de álcool e outras drogas que se recuperam</p> <ul style="list-style-type: none"> Ênfase na vontade pessoal Ênfase na rede de suporte social <ul style="list-style-type: none"> – Apoio da família – Apoio profissional | <p>A vontade. Acho que é o principal. O apoio da família, o ambiente adequado, apoio multiprofissional. Mas a vontade dele, acho, que é o principal. Se ele não quiser, não adianta a família dele toda. Se não partir dele a vontade [...].</p> |
| <p>TEMA 4: CRENÇAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS</p> | |
| <p>4.1 Crenças sobre os usuários de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> Crença na não adesão ao tratamento Crença na vitimização do usuário de álcool e drogas Atribuem o próprio consumo a problema moral Paciente mais propenso a riscos <ul style="list-style-type: none"> – Risco de violência – Risco de doenças | <p>[...] eles são resistentes [...]. [...] aí você pergunta a frequência, aí ele mente [...]. [...] tirando um ou outro que fala mesmo, que usa, que bebe todo dia, a maioria vai esquivar ali: “Não, não! Não bebo, não!” [...]. [...] tentar ser amiga deles, pra tentar tirar mesmo. Saber o que se passa, vê se é fuga que ele está tendo pra usar. [...] Ah, talvez fuga de um problema [...]. [...] a gente fala das conseqüências, dos</p> |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Crença de que são exibicionistas | <p>malefícios todos [...] que não é falta de vergonha na cara, igual eles falam: “Ah, bebe porque não tem vergonha na cara!”.</p> <p>[...] com ele estão envolvidos outros problemas: violência, desemprego, desnutrição. E isso a criança já cresce vendo o pai naquela situação. Então acho que é assim, envolve muita coisa, envolve a família inteira, [...] a família sofre de ver o pai, o filho às vezes sofre de ver o pai bater na mãe, o filho às vezes apanha. Fora abuso sexual algumas vezes [...] maus tratos com idosos [...]</p> <p>[...] só que a gente percebe [...] não mudam a postura deles. Amanhã vai voltar e vai estar a mesma coisa [...]</p> <p>[...] status. Acha bonito beber quando é jovem. A gente percebe cada vez mais jovens experimentando [...].</p> |
| <p>4.2 Crenças sobre o abuso de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • É fenômeno multifatorial <ul style="list-style-type: none"> – É consequência da falta de especialista – Ênfase na influência do ambiente • É problema moral • É irreversível | <p>[...] eles voltam. Geralmente aqueles alcoólatras mesmo, eles voltam. Acho que porque falta um outro tipo de apoio mais especializado, que a gente não tem aqui no município.</p> <p>... é gente que não trabalha, que vive de bolsa família. [...] Às vezes a mulher trabalha e o homem fica em casa bebendo. [...] puxando sabão nele ele não vai querer. Não vai querer nem me ver mais. Já tive este tipo de experiência, nestes quatro anos trabalhando. Já tive um até que me via e corria de mim [...]</p> <p>[...] devagarzinho, de leve ir puxando as orelhas deles [...]</p> <p>[...] vê se é fuga que ele está tendo pra usar [...]</p> <p>Acho que quando se trata de doença, de vício, sozinho eu acho difícil. Porque sempre tem aquele amigo que chama pra beber. Sempre tem aquela turminha que saiu com ele, pessoal que só vai no bar. E geralmente é onde ele mora, perto da casa dele. Então geralmente ele está em casa, sai na rua e acha um colega que chama, né? [...] Tem 1 pra falar pra ele não beber e tem um monte pra incentivar e junta que é vício. Mais ou menos por aí [...] o meio que ele está inserido ali, e o vício, né? Que é uma doença [...]</p> <p>[...] Com ele estão envolvidos outros problemas: violência, desemprego, né? Desnutrição[...]. [...] mas eu acho que é um problema de todo o mundo, social, mesmo!</p> |

| | |
|---|--|
| <p>4.3 Crenças sobre a abordagem quanto ao uso de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença no despreparo para abordar <ul style="list-style-type: none"> – Crença de “não ter para onde encaminhar” • Crença na eficácia da inserção no cotidiano do usuário • Crença de que o usuário não promove mudanças | <p>[...] a falta de ter pra onde encaminhar estas pessoas, caso algum fale: “Ah, eu quero parar”.</p> <p>[...] eu acho que é muito delicado, precisa se ter uma base boa. Senão a gente faz o contrário, espanta o usuário do Sistema, ao invés de aproximar [...]</p> <p>[...] mas hoje a gente vê que é muito difícil eles fazerem aquilo que a gente fala, só com a palavra [...] Ali de falar com ele que faz mal [...]. As consequências todas, o fígado, o pâncreas e tal [...] Só disso eles não mudam a postura deles.</p> <p>[...] Quando a gente tem vínculo, consegue entrar numa casa [...] Acredito que esse seja o ponto positivo. Talvez os pacientes que a gente consiga os maiores sucesso são aqueles que a gente está todo o dia. Meio que fazendo aquela vigilância ali meio que diária, a gente consegue mais sucesso pelo vínculo.</p> |
| <p>4.4 Crenças sobre as recaídas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na influência de fatores externos • Ênfase na influência de fatores internos <ul style="list-style-type: none"> – Compulsão (vício) | <p>O meio que ele está inserido ali [...] e o vício.</p> |
| <p>4.5 Crenças atribuídas aos colegas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na ineficácia da abordagem • Crença no despreparo para abordar | <p>[...] só que a gente percebe que eles voltam. [...] a gente sabe que dependendo do grau, só clínica.</p> <p>[...] A gente não sabe nem o que fazer. A não ser que ele esteja caído.</p> |
| <p>4.6 Crenças sobre liberação ou repressão do álcool</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não tem posição definida | <p>Acho que nem tanto reprimir, nem tanto liberar. Porque se reprime demais vai virar aquele negócio que é proibido e acaba sendo muita procura porque é proibido. E liberar demais também, facilitar demais. Acho que deveria ter um controle maior pelo menos até os 18 anos, se aquela lei valesse. Acho que seria uma grande ajuda. Mas eu acredito que também proibir e tal não ia resolver. [...] rendem aí impostos todos, então ninguém tem interesse que acabe.</p> |
| <p>4.7 Crenças sobre a liberação ou repressão das outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na repressão <ul style="list-style-type: none"> – Comprometimento maior que o álcool | <p>É complicado. Aí pior ainda. Não que o álcool não seja uma droga, não deixa de ser, mas a gente sabe que os malefícios do crack, por exemplo, do LSD, são muito grandes. Dependência química mesmo, mesmo! A pessoa perde a vida social [...] aí nesse caso eu acho que tem que ter repressão mesmo! [...] A própria polícia faz</p> |

| | |
|---|---|
| | meio que vista grossa. Deveria ser uma coisa mais reprimida. Bem rigorosa mesmo! |
| TEMA 5 : CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS SOBRE TRATAMENTOS PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | |
| • Não tem informação | Hum, hum, não! Não mesmo! |
| TEMA 6: SENTIMENTOS ENVOLVIDOS AO LIDAR COM O TEMA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cautela • Impotência • Despreparo • Apreensão • Impaciência • Falta de afinidade | <p>[...] devagarzinho, de leve ir puxando as orelhas deles [...]. [...] a gente não vai conseguir resolver sozinha [...]. [...] Eu acho que é muito delicado, precisa ter uma base boa.</p> <p>Não me sinto muito à vontade, pelo desconhecimento. Você precisa saber se o que está fazendo está certo, ou não. Então não é uma coisa que eu tenho muita afinidade, não!</p> <p>Mas é um problema que tem na área e que a gente precisa passar por ele e tentar resolver.</p> <p>[...] eu realmente não tinha [...] não tenho muita paciência, eu estou vendo que se não tiver jeito, a gente vai afastar.</p> <p>É até uma postura crítica que eu tomei. A gente vai fazendo, vai vendo que não está dando certo, passa pra outra forma.</p> |

Entrevista 3 – GS 1

| SUBTEMAS E CATEGORIAS | TRECHOS DA ENTREVISTA |
|--|--|
| TEMA 1: CAPACITAÇÃO | |
| <p>1.1 Cursos</p> <ul style="list-style-type: none"> • SUPERA 2006 <p>1.1.1 Opinião sobre o Curso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positiva <p>1.1.2 Aplicação na prática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temporária <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na necessidade de continuidade | <p>[...] Tava na residência quando fiz o SUPERA, em 2006. [...] Acho um curso bastante interessante. O material didático deles é bem esclarecedor. [...] não achei tão complexo. [...] eles sempre estavam ligando, perguntando. [...] Acho que quando retoma um pouco essa coisa do álcool, da droga, a gente volta. Vai voltando. [...] Mas acho que ele vai se perdendo um pouco, depois, se não tiver uma continuidade</p> |
| <p>1.2 Pretensão de aprofundamento nos conhecimentos sobre álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposição para receber treinamento • Pretensão de fazer curso na área <ul style="list-style-type: none"> – Curso de pequena duração | <p>[...] mas é sempre bom estar vindo, uma atualização. [...] Pretendo, é sempre bom [...] eu acho que através de cursos, de palestras, de congressos, pra ver as novidades.</p> |
| TEMA 2: PRÁTICAS | |
| <p>2.1 Avaliação do padrão de consumo de álcool e outras drogas entre usuários de APS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não realiza avaliação • Intervenção com aqueles que já apresentam problemas relacionados | <p>[...] Não, não! Abordo em grupos [...] em todos os grupos que a gente faz em geral, a gente coloca um pouco disso, do álcool, das drogas, procura sempre estar falando, principalmente no caso de adolescente. [...] Prejudica, às vezes, o familiar, o vizinho e aí a gente faz uma intervenção.</p> |
| <p>2.2 Forma de abordar o assunto álcool e outras drogas com os usuários de APS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na orientação em grupo | <p>[...] Sempre em grupo, a maioria das vezes em grupo, uma vez ou outra individual.</p> |
| <p>2.3) Etapa em que aborda o tema álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante os grupos | <p>[...] Abordo em grupos [...] Entre assuntos gerais.</p> |
| <p>2.4 Forma de identificação de problemas com álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observação da conduta | <p>[...] É que às vezes além dele causar problema para ele mesmo, [...] prejudica às vezes, o familiar, o vizinho e aí a gente faz uma intervenção. [...] No meu caso é, que na verdade, como é um Programa de Saúde da Família, então a gente tem um conhecimento maior da comunidade. Os casos, que no caso de droga, em que as pessoas são usuárias tem, a gente tem um conhecimento maior. Agora, no serviço em si, essa abordagem às vezes é muito superficial, [...]</p> |

| | |
|---|--|
| 2.5 Implementação de ações de conscientização na população local <ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma | [...] Não tem. |
| 2.6 Incentivo na equipe para se investigar o tema <ul style="list-style-type: none"> • Inexistente | [...] Não! |
| 2.7) Acompanhamento do usuário identificado com problemas com álcool e/ou outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase no papel do agente de saúde | [...] A gente acompanha, mas no sentido, assim, é quando aquele problema já se torna problema pras outras pessoas também. E aí a gente nesse ponto, a gente faz alguma intervenção. Fora isso o acompanhamento só do agente mesmo comunitário que está todo mês na casa lá daquele indivíduo [...] ele já sabe que ali já tem esse problema. Mas independe disso ou não, ele estaria lá. |
| 2.8 Encaminhamento para serviços especializados <ul style="list-style-type: none"> • Inexistente | [...] a gente não tem um local de referência. A gente já tentou com o CAPS [...] não teve uma boa aceitação, então a gente não tem um pra onde mandar. [...] Não tem grupo de AA. |
| 2.9 Inclusão de perguntas sobre álcool e outras drogas em entrevistas de rotina <ul style="list-style-type: none"> • Crença na importância para planejamento das ações | [...] Eu acho interessante, seria uma boa de estar buscando. E esses usuários vindo de que forma a gente vai poder trabalhar com eles [...], se é um... |
| TEMA 3: ATITUDES | |
| 3.1 Posicionamento comum na equipe sobre como abordar <ul style="list-style-type: none"> • Inexistência de posicionamento comum | [...] Não, não tem. |
| 3.2 Atitudes atribuídas aos colegas <ul style="list-style-type: none"> • Falta de compromisso com a demanda de álcool e drogas | [...] Eu acho que é só. Eu acho que é muito simples. Tipo assim, se bebe, não? [...] Se fuma, ou não. [...] Quando muito ainda perguntam se é usuário. Então eu acho que isso é muito superficial. |
| 3.3 Atitudes atribuídas aos pacientes usuários de álcool e outras drogas quando abordados <ul style="list-style-type: none"> • Receptividade à abordagem <ul style="list-style-type: none"> – Usuário de álcool é aberto à abordagem • Esquiva diante da abordagem <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na recusa do usuário de outras drogas | [...] Eu acho que normal. [...] o uso de álcool até que não, o uso de drogas eles ficam mais. Eles não querem falar tanto do assunto, se expor tanto. Agora o de álcool, não tem problema, não. |
| 3.4 Atitudes atribuídas aos usuários de APS em geral, quando abordados sobre o uso de álcool e outras drogas | [...] Não sei até que ponto que ele vai omitir como vai buscar isso dele. E essa recusa também dele falar, ou não. |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Omissão do uso de álcool e outras drogas | |
| <p>3.5 Atitudes atribuídas aos usuários de álcool e outras drogas que se recuperam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na rede de suporte social <ul style="list-style-type: none"> – Apoio da família | <p>[...] No caso, uma socialização. Um melhor convívio com a família. [...] Parar mesmo de vez com o uso do álcool e drogas.</p> |
| <p>TEMA 4: CRENÇAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS</p> | |
| <p>4.1 Crenças sobre os usuários de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença de que trata-se de problema moral • Crença na não adesão ao tratamento | <p>[...] mas eu acho que já é um passo pra essas pessoas estarem tentando pelo menos, largar o vício. [...] Tem pessoas que eu conheço que já foram no AA e que já pararam de beber. [...] Não sei é até que ponto que ele vai omitir [...] e essa recusa também dele falar ou não. [...] Essa resistência. [...] porque ele sabe que não é certo, na maioria das vezes. [...] muitos deles acham que bebem, mas que não é um alcoólatra. Que é um usuário, mas que não é um dependente. [...] Que na verdade eu acho que eles pensam que não são. É que eles não estão trazendo problemas. Que isso não traz problema pra ninguém. Então eu acho que eles não enxergam, não conseguem enxergar o problema, o que dificulta deles estarem aceitando.</p> |
| <p>4.2 Crenças sobre o abuso de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na influência do ambiente | <p>[...] Eu acho que muitas vezes é o convívio com outras pessoas, no caso dos adolescentes. Muitas vezes isso vem de pequeno. De família. É, e eu acho mesmo é o convívio com outras pessoas usuários, eu acho que é um fator [...] bem... [...] a influência. É bem relevante no caso de álcool e drogas. [...] Acho que vai é da falta do apoio da família.</p> |
| <p>4.3 Crenças sobre a abordagem quanto ao uso de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na dificuldade em conduzir o usuário à UBS • Crença na facilidade em disseminar informação | <p>[...] dificuldade na abordagem, eu acho que é trazer esses usuários para a unidade pra estar discutindo isso. Pra parar um pouco e pensar. Refletir sobre a prática deles em relação ao álcool e drogas [...] de estar trazendo eles pra unidade. [...] Estar falando pra eles dos danos. Do prejuízo que é pra saúde deles pro caso de um usuário de droga. De um usuário de álcool, isso pro profissional é mais fácil estar falando.</p> |
| <p>4.4 Crenças sobre as recaídas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na influência de fatores externos <ul style="list-style-type: none"> – Crença na falta de apoio familiar – Crença na influência de terceiros | <p>[...] Acho que vai é da falta do apoio da família. E até mesmo [...] na influência, às vezes, de amigos.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>4.5 Crenças atribuídas aos colegas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença no despreparo para abordar <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na necessidade de reforço no aprendizado | <p>[...] E na época que eu estava na residência, da gente estar atendendo pessoas lá na unidade, da gente estar discutindo casos dentro da unidade. Devido ao curso que a gente tinha feito na SUPERA. Todos praticamente lá, fizeram. [...] Era na UBS de Santa Rita, aqui em Juiz de Fora. E aí, com o dia a dia, vai se perdendo um pouco, [...] mas acho que vai se perdendo um pouco, depois, se não tiver uma continuidade</p> |
| <p>4.6 Crenças sobre liberação ou repressão do álcool</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não tem posição definida <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na necessidade de informação | <p>[...] Eu acho que nem reprimir, nem liberar, mas é orientar. Do uso abusivo, das conseqüências, às vezes, do uso abusivo [...]</p> |
| <p>4.7 Crenças sobre a liberação ou repressão das outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na repressão | <p>[...] Bom, liberar eu acho que não! No caso, é reprimir, porque o álcool, não sei, ele já é mais, não é que é liberal, mas é uma coisa que é comum, na sociedade, já as drogas, não. Então eu acho que as drogas, na verdade, é reprimir porque assim como o álcool os danos deles. As drogas também, mas já é uma coisa que já está a tanto tempo assim, vindo sendo reprimida e mesmo assim causa danos. Então eu acho que reprimir cada vez mais para que ela não seja inserida como uma coisa liberal.</p> |
| <p>TEMA 5 : CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS SOBRE TRATAMENTOS PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Grupos Anônimos | <p>[...] No caso de AA e dos Narcóticos? Bom, eu acho que, nunca frequentei, nunca tive. Mas eu acho que já é um passo pra essas pessoas estarem tentando, pelo menos, largar o vício.</p> |
| <p>TEMA 6: SENTIMENTOS ENVOLVIDOS AO LIDAR COM O TEMA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Desmotivação • Medo • Apreensão | <p>[...] que a busca mesmo, é de estar trazendo eles pra unidade. É quando se tenta [...] eles não aparecem, a gente acaba que fica um pouco desmotivado. [...] E como eles vão reagir, na verdade não sei se é um medo, [...] mas é aquela sensação sem saber como é que as pessoas vão reagir a isso. A gente fica um pouco ressabiada, [...]. Quando a gente vai abordar esses usuários.</p> |

Entrevista 4 – GS 2

| SUBTEMAS E CATEGORIAS | TRECHOS DA ENTREVISTA |
|---|--|
| TEMA 1: CAPACITAÇÃO | |
| <p>1.1 Cursos</p> <ul style="list-style-type: none"> • SUPERA 2006 <p>1.1.1 Opinião sobre o Curso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positiva <p>1.1.2 Aplicação na prática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temporária <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na necessidade de continuidade • Falta de padronização no Sistema de Saúde | <p>Fiz o SUPERA. Foi à distância, em 2006. [...] Acho que o curso foi excelente, acho que deveria continuar ser estendido a todos os profissionais da Atenção Básica. [...] acho que tem que continuar vindo material, acho que deveria ter um curso, de repente agora pra quem já fez pra continuar se atualizando [...] porque você fez. Para. Você vai perdendo, muitas vezes nem abre mais o material, acho que deveria ter ma continuidade desse contato com a gente. [...] apesar de eu não estar usando o material, questionário. Porque a gente não teve essa capacitação pra usar o questionário, não foi padronizado, então não tem como eu estar introduzindo isso aqui. Mas eu já tenho uma formação em saúde mental. [...] então eu tenho tido assim, retornos disso, o pessoal ta procurando pra ta encaminhando, pra pedir orientação...tanto usuário de álcool e drogas, quanto as famílias [...] ajudou muito na abordagem.</p> |
| <p>1.2 Pretensão de aprofundamento nos conhecimentos sobre álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pretensão de fazer curso na área <ul style="list-style-type: none"> – Educação Permanente • Reconhecimento da necessidade para a APS | <p>[...] Tenho. Tenho vontade, sim. Como eu te falei, eu acho que tem que ter continuidade do curso, a gente tem. Até mesmo nessa questão de introduzir na unidade o tratamento, ter uma referência melhor pra você estar discutindo os casos, eles estarem indo, voltando, acho que tem que ter. Minha esperança é que quando criar um CAPS maior, que aí a gente possa fazer isso, regionalizar.</p> |
| TEMA 2: PRÁTICAS | |
| <p>2.1 Avaliação do padrão de consumo de álcool e outras drogas entre usuários de APS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não realiza avaliação • Intervenção com aqueles que já apresentam problemas relacionados | <p>[...] De rotina assim, não. Só daqueles que já têm uma história mesmo, ou que eu já desconfiei do uso. Aí sim, eu faço uma abordagem e converso com ele.</p> |
| <p>2.2 Forma de abordar o assunto álcool e outras drogas com os usuários de APS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pergunta direta | <p>[...] Pergunto como que tem sido a rotina dele, se ele faz uso de alguma bebida alcoólica, como é que isso é pra ele, se ele já experimentou droga alguma vez. Através a gente vai conversando com o paciente, deixando ele à vontade, e a maioria tem</p> |

| | |
|---|---|
| | relatado que sim ou que não. |
| 2.3 Etapa em que aborda o tema álcool e outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Na anamnese | [...] Mas normalmente os médicos no consultório abordam, as meninas quando estão fazendo curativo abordam: porque que caiu, o que é que tinha acontecido. Aí eles falam. Normalmente eles falam: “Tomei a mais ontem, fiquei tonto, caí.” |
| 2.4 Forma de identificação de problemas com álcool e outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Observação da conduta • Perguntas diretas | [...] ou que eu já desconfiei do uso. Aí sim, eu faço uma abordagem e converso com ele. [...] Pergunto como que tem sido a rotina dele, se ele faz uso de alguma bebida alcoólica, como é que isso é pra ele, se ele já experimentou droga alguma vez. Através a gente vai conversando com o paciente, deixando ele à vontade, e a maioria tem relatado que sim ou que não. |
| 2.5 Implementação de ações de conscientização na população local <ul style="list-style-type: none"> • Projeto de álcool e drogas nas escolas | [...] Não. Que eu tenha me lembrado, não. Que a gente já fez tanto movimento: palestras, [...] palestras fora, mas no momento... foi feito em escola, não foi o meu grupo, mas foi feito em escola. Entrou falando sobre a questão do corpo, do organismo e tudo. Inclusive abordaram o uso de álcool e drogas, mas foi em escola pra ensino médio, eu não tava presente e não sei como que foi esta abordagem. |
| 2.6 Incentivo na equipe para se investigar o tema <ul style="list-style-type: none"> • Inexistente | [...] Que se investigue sobre este assunto com os pacientes? Que a gente tenha discutido isso em grupos, não! Mas normalmente os médicos no consultório abordam, as meninas quando tão fazendo curativo abordam porque que caiu, o que é que tinha acontecido. Aí eles falam. Normalmente eles falam: “Tomei a mais ontem, fiquei tonto, caí.” |
| 2.7 Acompanhamento do usuário identificado com problemas com álcool e/ou outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Falta de sistematização do trabalho | [...] Não. Só tem 1, que já tem 9 anos. Eu tentei várias vezes. Conversava, orientava. Ele é usuário de droga e álcool. De tanto conversar, um dia ele achou que deveria parar. Aí veio, me procurou, eu encaminhei, realmente ele parou. Já vai pra 8 anos, que ele não usa mais e ele é o meu elo de estar ajudando outras pessoas, ele vive encaminhando gente pra mim. |
| 2.8 Encaminhamento para serviços especializados <ul style="list-style-type: none"> • CRESAM/CAPS AD | [...] Depois que a gente conversa com eles e eles aceitam o tratamento, que a gente explica que o tempo mínimo de tratamento, que vai ser feito e tudo. Então, se ele |

| | |
|--|--|
| | <p>quiser, ele é encaminhado. [...] os que aceitam, que querem parar, procuram a gente que a gente encaminha. Aí, a gente encaminha pro CAPS AD que é difícil marcar consulta lá. Quando chega a época, às vezes demora muito, aí eles já desistiram. Ou então encaminha mesmo é pro CRESAM. A maioria mesmo a gente tem encaminhado pro CRESAM que é o suporte, que tem dado melhor resultado pra gente aqui agora, até o momento.</p> <p>[...] Se o CAPS fosse regionalizado, se tivesse contato com a equipe, ficaria uma coisa mais próxima, ficaria é mais fácil, mesmo, pra estar encaminhando paciente. Talvez diminuísse esta demanda excessiva lá. A esperança que a gente tem de um dia melhorar as coisas.</p> |
| <p>2.9 Inclusão de perguntas sobre álcool e outras drogas em entrevistas de rotina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na importância para planejamento das ações <ul style="list-style-type: none"> – Investigação atual restrita a grupo específico (mulheres) | <p>[...] Eu acho que dependendo da forma de abordagem não tem problema. Deveria até ser um modo de você conhecer mais o próprio paciente.</p> <p>A gente só tem isso na ficha da mulher. Quando você vai fazer preventivo.</p> |
| <p>TEMA 3: ATITUDES</p> | |
| <p>3.1 Posicionamento comum na equipe sobre como abordar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inexistência de posicionamento comum <ul style="list-style-type: none"> – Rotatividade entre profissionais impede posicionamento comum | <p>[...] Não, porque minha equipe troca muito. Auxiliar já trocou muito, agora depois de 12 anos trocou o médico, então ainda não está tendo uma fala única, não.</p> |
| <p>3.2 Atitudes atribuídas aos colegas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desorientação | <p>[...] É um tema que dá medo em todo mundo. Ninguém gosta de mexer. Ninguém gosta: “Nossa, eu não tenho essa capacidade.” Aí é que eu acho que o pessoal não tem informação ainda. Eu mesma, assim, não estou totalmente segura pra estar trabalhando só com isso. Uma coisa é você abordar o paciente e encaminhar. Outra coisa é você estar com este paciente, conduzindo ele o tempo todo. Você tem que ter uma retaguarda, tem que ter uma orientação. Sim, pela insegurança que não sabe como conduzir, não sabe nem como abordar. Tem gente que tem medo, a gente vê isso nos profissionais: “Deus me livre disso, não!” E faz parte de todo o profissional [...]. O desconhecimento gera medo. O desconhecimento de como abordar, como conduzir, isso aí gera essa insegurança, que vira um medo. Vamos por</p> |

| | |
|--|--|
| | esta palavra, que não seria bem um medo, mas a insegurança de estar abordando pela falta de capacitação. |
| <p>3.3 Atitudes atribuídas aos pacientes usuários de álcool e outras drogas quando abordados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receptividade à abordagem <ul style="list-style-type: none"> – Abertura ao enfoque da promoção da saúde • Esquiva diante da abordagem <ul style="list-style-type: none"> – Resistência ao enfoque moralista | [...] Tudo depende de como você coloca. Se você colocar numa situação em que você coloca o álcool e a droga como uma coisa estigmatizada, como uma coisa que é pecado, eles já se fecham e, às vezes, de forma até agressiva. Mas se você coloca de uma forma que você entende que é um problema Social, que é um problema de saúde mental, ele começa a sentir segurança e, às vezes, eles colocam, se abrem, colocam até mesmo coisas íntimas deles pra gente. Então é a abordagem que faz com que o paciente converse ou não. |
| <p>3.4 Atitudes atribuídas aos usuários de APS em geral, quando abordados sobre o uso de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receptividade <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na estratégia de abordagem | [...] O mais difícil seria na primeira vez, você nunca viu o usuário, mas, dependendo do espaço que você dá pra ele, da apresentação que você faz, isso não fica tão difícil de conduzir, não! Agora, se você não se apresenta, não mostra a ética no trabalho, não se posiciona de uma maneira mais humana, aí sim, ele se fecha e aí não é nem só a questão de álcool e droga, sobre todas as coisas que você tem necessidade de perguntar ele não vai te responder [...] e dependendo da abordagem que você faz, sua postura profissional. |
| <p>3.5 Atitudes atribuídas aos usuários de álcool e outras drogas que se recuperam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na rede de suporte social <ul style="list-style-type: none"> – Apoio da família | [...] Inclusão dele na sociedade, no trabalho, adquirir respeitabilidade de novo [...] a família não vê ele mais como alcoólatra. Que eu acho que o grande problema nosso é a família. Ela sempre vai ver ele como um alcoólatra. [...] a gente tem essa experiência, até a novela mostra, um pouco que eu vejo dela, mas mostra o cara estar tentando parar e o pai agride, chama de alcoólatra, oferece bebida. Então eu vejo muitas vezes a família falar isso. E outras famílias a proteger. [...] e também aí tem aquilo que a gente tem visto na prática, pelo apoio que elas recebem. Quem tem apoio, ajuda, a família ajuda: tem conseguido parar, ou até diminuir muito, mudar o hábito, tudo. Agora, a família que não ajuda, a gente não tem tido essa questão de ganho, de vou conseguir parar. E amizade, porque as amizades também ajudam, o meio que ele vive é o meio que todo mundo usa. É a |

| | |
|---|---|
| | nossa experiência aqui. |
| TEMA 4: CRENÇAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | |
| 4.1 Crenças sobre os usuários de álcool e outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Crença na não adesão ao tratamento | <p>[...] Num primeiro momento, eles negam, mas depois eles voltam e dizem: “Não, eu menti, desculpa.” Eles vão se sentindo mais à vontade. A gente vai conversando. [...] porque tem uma cadeia muito grande de usuário aqui. Então eles não conseguem, eles param e voltam.</p> <p>[...] Bom, eu pergunto pra ele. Se eu falo assim: “Você bebe?” Ele não me responde. Na hora ele nega.</p> |
| 4.2 Crenças sobre o abuso de álcool e outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • É fenômeno multifatorial <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na influência do ambiente – Crença na transmissão familiar – É falta de políticas públicas eficazes | <p>[...] porque a gente sabe que não é só nível social. Todas as classes sociais têm o alcoolismo e a droga. Eu acho que é um tema que merece mais ser aprofundado e a Atenção Primária tem que estar mais preparada pra isso, porque ele esbarra é na Atenção Primária! [...] passa muito pela questão familiar, pra mim, porque a minha experiência tanto nessa quanto na outra unidade, começa assim: o avô usava, o pai, a mãe, os filhos. Então vem hereditário. É como se fosse uma coisa hereditária. E o outro passa por quando a gente tem desgosto, é porque começou na brincadeira e aí foi aumentando e hoje não consegue parar. Eu tenho visto muito desse jeito. A nossa experiência aqui mostra muito familiar. Eu já peguei: avô, pai, já falecidos, mas os filhos todos são alcoólatras e os sobrinhos já vão pelo mesmo caminho.</p> <p>[...] Como problema mesmo de saúde pública de falta de controle do Governo, de uma falta de política aonde a pessoa, o traficante seja realmente punido. Quem é punido é o usuário, apesar da lei ter modificado, mas o punido ainda é o usuário, não é o traficante. E a gente sabe que o traficante não é o pequeno, tem sempre um maior por trás. Então eu acho que esse descontrole é que levou a isso. [...] Informação e estar sempre orientando.</p> |
| 4.3 Crenças sobre a abordagem quanto ao uso de álcool e outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Crença no despreparo • Crença na eficácia da inserção no cotidiano do usuário | <p>[...] O desconhecimento gera medo. O desconhecimento de como abordar, como conduzir, isso aí gera essa insegurança que vira um medo. Vamos por esta palavra, que não seria bem um medo, mas a insegurança de estar abordando pela falta de capacitação. [...] Tudo depende de como você coloca. Se você colocar numa</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>situação em que você coloca o álcool e as drogas como uma coisa estigmatizada, como uma coisa que é pecado, eles já se fecham e às vezes de forma até agressiva. Mas se você coloca de uma forma que você entende que é um problema, Social, que é um problema de saúde mental, ele começa a sentir segurança e, às vezes, eles colocam, se abrem, colocam até mesmo coisas íntimas deles pra gente. Então é a abordagem que faz com que o paciente converse ou não. [...] O mais difícil seria na primeira vez, você nunca viu o usuário. Mas, dependendo do espaço que você dá pra ele, da apresentação que você faz, [...] isso não fica tão difícil de conduzir, não! Agora, se você não se apresenta, não mostra a ética no trabalho, não se posiciona de uma maneira mais humana, aí sim, ele se fecha e aí não é nem só a questão de álcool e droga, sobre todas as coisas que você tem necessidade de perguntar ele não vai te responder.</p> |
| <p>4.4 Crenças sobre as recaídas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na influência de fatores externos <ul style="list-style-type: none"> – Crença na influência de terceiros – Ênfase na falta de apoio profissional • Ênfase na influência de fatores internos <ul style="list-style-type: none"> – Problemas emocionais | <p>[...] eu só acho que ele, quando ele volta, ele está tentando parar, ele tem meia dúzia de colegas chamando ele pra usar. E enquanto que para ele parar tem pouca gente dando apoio, serviço está longe, ele não tem a consulta sempre, ele não tem um apoio na hora que ele está querendo fraquejar, ele não tem a que recorrer. Eu acho que é isso que está acontecendo. [...] A algum estado depressivo, a alguma desmotivação que ele venha a ter e ao próprio meio que ele vive, que favorece que ele vá buscar aquele apoio errado. Em vez de ter um meio em que... [...] o nosso problema todo está no meio ambiente em que ele vive, é isso que eu vejo. Se esse meio ambiente fosse todo pulverizado, fosse tratado, então eu acho que seria melhor pra ele.</p> |
| <p>4.5 Crenças atribuídas aos colegas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença no despreparo para abordar | <p>[...] É um tema que dá medo em todo mundo. Ninguém gosta de mexer. Ninguém gosta: “Nossa, eu não tenho essa capacidade.” Aí é que eu acho que o pessoal não tem informação ainda. [...] a gente vê isso nos profissionais: “Deus me livre disso, não!” e faz parte de todo o profissional.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>4.6 Crenças sobre liberação ou repressão do álcool</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não tem posição definida <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na necessidade de informação – Ênfase no controle do beber e dirigir | <p>[...] Reprimir totalmente é uma coisa muito complicada, porque tudo que é reprimido todo mundo quer experimentar. Eu acho que ele deve continuar liberado, mas com orientação. Quais são os efeitos dele, o que ele vai... lógico, com esse controle na estrada deve ter, não deve porque isso quando já diminuiu os acidentes, mortes e tudo, mas não adianta você proibir totalmente porque não vai resolver o problema. Pessoal vai continuar usando. Então eu acho que é por aí mesmo.</p> |
| <p>4.7 Crenças sobre a liberação ou repressão das outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na repressão <ul style="list-style-type: none"> – Fator de controle do tráfico | <p>[...] Eu acho que tem que ter um controle do tráfico. [...] você bater naquele que usa, você prender não vai resolver o problema. Na cadeia tem, a gente sabe disso. Todo lugar tem. É o controle do tráfico, o controle da produção, ele tem que ser feito. [...] o encaminhamento de quem for pego com a droga pra tratamento, eu acho que deve ser feito [...] Liberar, não! Não tem jeito, mas eu acho que quando você começa a controlar a produção. Porque todo mundo sabe onde é produzido, sabe onde é que está. Então, seria uma repressão, porque se você começa a controlar, você está reprimindo. Agora deixar ela liberada? Muita coisa já está liberada. Muita droga hoje em dia está liberada. Você encontra em farmácia, você consegue comprar um monte de coisa. Então eu acho que mais pela repressão mesmo. Porque ainda não é uma parcela assim tão grande que usa.</p> |
| <p>TEMA 5: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS SOBRE TRATAMENTOS PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Rede de apoio na comunidade (Igreja, particulares etc) • Equipe multiprofissional | <p>[...] Acredito, com os que eu já vi que abandonaram e que hoje não usam mais. Tem várias pessoas aqui no bairro que já aconteceu isso: não foi nem encaminhado pela gente. Foi a tratamento através de Igreja ou de particular mesmo e que vem e relata pra gente, em consulta, que já usou ou que parou e hoje trabalha, tem uma vida totalmente diferente. [...] Olha, eu acho que a abordagem tem que ter equipe multiprofissional. Eu acho que esse é o primeiro passo, porque só 1 profissional, não tem como conduzir. Pelo menos a minha linha, eu vejo isso: eu posso ir, enquanto enfermeira até um certo ponto, mas dali pra frente eu preciso do psiquiatra, eu preciso do psicólogo, do serviço social,</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>até mesmo nutricionista, uma fisioterapia ou de terapeuta ocupacional, então eu preciso de um suporte maior! Essa pessoa não é só ela tomar medicamento. Não adianta eu encaminhar só pra ela ficar tomando diazepam e mais amitriptilina ou outra coisa que só isso não vai resolver. Ela precisa de todo um aparato profissional que ela não está tendo.</p> |
| TEMA 6: SENTIMENTOS ENVOLVIDOS AO LIDAR COM O TEMA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Indiferença • Medo • Despreparo • Ambivalência | <p>[...] Não sinto dificuldade não, não tenho dificuldade com eles não. A maioria me conhece há muitos anos. Então já tem assim, a relação de conhecer, de ver que não vai ser comentado, que existe ética. Com isso, às vezes, eles chegam até falando: “[...] eu ontem bebi a mais, estou até passando mal.” Então tem uma relação de confiança maior.</p> <p>[...] É um tema que dá medo em todo mundo. Ninguém gosta de mexer. Ninguém gosta: “Nossa, eu não tenho essa capacidade.” Aí é que eu acho que o pessoal não tem informação ainda. Eu mesma não estou totalmente segura pra estar trabalhando só com isso. Uma coisa é você abordar o paciente e encaminhar. Outra coisa é você estar com este paciente, conduzindo ele o tempo todo. Você tem que ter uma retaguarda, tem que ter uma orientação.</p> <p>[...] que não seria bem um medo [...] mas a insegurança de estar abordando pela falta de capacitação [...]</p> <p>[...] Olha, no início eu me sentia insegura, depois que eu fui estudando muito, [...] vou sempre lendo [...] eu já me sinto mais segura de estar abordando com eles: sentando, conversando, oferecendo um tratamento, encaminhamento. Hoje eu não vejo problema nisso não!</p> |

Entrevista 5 – GT 1

| SUBTEMAS E CATEGORIAS | TRECHOS DA ENTREVISTA |
|--|---|
| TEMA 1: CAPACITAÇÃO | |
| <p>1.1 Cursos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento POPSS 2007 <p>1.1.1 Opinião sobre o curso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positiva <p>1.1.2 Aplicação na prática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoio da secretaria de saúde • Temporária <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na necessidade de continuidade – Desfalque de profissionais • Crença na maior adesão pelos agentes de saúde | <p>[...] Foi início de 2007, até mais pro final de 2007. [...] Eu achei que foi um treinamento bom porque foi a primeira vez que eu tive contato pra orientar melhor a abordagem porque, tem uso ou abuso de álcool e droga. A didática foi boa. Material que foi usado foi bom. De uma boa qualidade, nós também, estávamos sempre muito empenhadas. Estavam sempre cobrando da gente pra o serviço andar da melhor forma possível, bom a maioria dos profissionais participaram. Não foi assim só médico. É, assim, multiprofissional. [...] Sim, porque acho que a gente atentava. Sempre atenta pro uso abusivo do álcool, mas eu acho que a partir desse treinamento a gente teve uma outra visão. Eu acho que, pelo menos pra mim, foi válido porque eu tive uma outra visão a partir do treinamento, porque antes acho que a gente fica meio assim que, tem receio de chegar. Acho que o treinamento ajuda a gente a abordar o paciente e também na hora que você vai aplicar o AUDIT, tem como, assim começar a abordar, começar a orientar, aplicar a IB. [...] A secretária de saúde daqui da gente continuar com esse projeto para 2009 O psicólogo que está agora no serviço, também tem o planejamento de continuar, apesar de ele não estava na capacitação, mas ele tem outras capacitações envolvendo essa área. Da gente continuar, não parar por aqui. [...] Eu acho que poderia, de repente, assim, um tempo maior, ou senão ter vindo, assim, por partes, eu acho assim que [...] a carga horária foi boa, mas eu acho que se fosse mais vezes, mais espaçado! Vamos supor, de repente fazia essa semana vamos fazer um de 2 horas, 4 horas. Depois assim, mais um de carga horária também um pouco maior. Acho, assim, que ajudaria melhor. [...] eu acho que ajudaria o profissional, é, na prática, porque primeiro você tem o treinamento, mas você nunca foi na prática. Acho que aí integraria a prática com a aplicação do questionário, AUDIT e a orientação por parte dos tutores. [...] elas até acompanhavam, vinham aqui, davam</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>as orientações, fazia a coleta dos dados, mas acho que grupão valeria também a pena. [...] agora no momento a gente está assim, paralisada, a gente não tem feito a aplicação, nem a agente de saúde, mas nossa pretensão é voltar. [...] durante uns 2, 3 meses as agentes aplicaram um tempo maior. [...] Eu tive dificuldade pra sair, pra fazer minhas visitas, igual aqui mesmo, porque tive vários funcionários de licença, foi meio complicado. Mas, assim, eu acho que o pouco que eu aprendi, apliquei, valeu porque eu acho que atingi as pessoas que eu deveria ter atingido mesmo.</p> |
| <p>1.2 Pretensão de aprofundamento nos conhecimentos sobre álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pretensão de fazer curso na área <ul style="list-style-type: none"> – Curso de pequena duração – Ênfase na prevenção | <p>[...] Acho que a gente tem que continuar porque esse é um problema que sempre vai ocorrer. [...] pra essa condição, de uso abusivo não trazer mais problemas de saúde também. A gente trabalha com prevenção.</p> <p>[...] Acho que é importante a gente fazer um curso, ou participar de algum seminário que tenha. Alguma capacitação desse tema também.</p> |
| TEMA 2: PRÁTICAS | |
| <p>2.1 Avaliação do padrão de consumo de álcool e outras drogas entre usuários de APS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza avaliação de padrão de consumo apenas do tabaco | <p>[...] do tabagismo que a gente tem feito essa avaliação do padrão: teste de Farmiston? Não estou lembrada o nome direito. Porque a gente tem um grupo de tabagismo, aí a gente tem avaliado, esse grau de dependência, o padrão de consumo de cigarro, no momento. [...] É, porque a gente começou, porque a gente tem um grupo de trabalho de humanização e deste grupo de trabalho de humanização saiu o grupo de tabagismo, com a intenção de primeiro, que a gente tem também da política de humanização, o programa “cuidando de quem cuida”, então da política de humanização do programa saiu o projeto de tabagismo, [...]. [...] No momento a gente tem até focado mais no tabaco.</p> |
| <p>2.2 Forma de abordar o assunto álcool e outras drogas com os usuários de APS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento | <p>[...] A gente vai tentando contornar a situação, assim, aquele jeitinho brasileiro, pra não ir direto no assunto, porque se a gente for muito radical, depois a gente não tem mais abertura pra estar falando sobre esse assunto com certos tipos de paciente. [...] Pra não ser direto naquele assunto somente! Então assim, gente tenta relacionar. Falar da ação do medicamento</p> |

| | |
|--|---|
| | com o álcool, com a droga. Para a gente abordar, assim, juntar os dois abordando de uma forma, o paciente de uma forma integral, não só visando o álcool e drogas, não só, visando também a doença. |
| 2.3 Etapa em que aborda o tema álcool e outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Na visita domiciliar | [...] Geralmente a gente aborda mais na questão da visita domiciliar, ou aqui às vezes, em alguns casos. Mas, geralmente, às vezes, esses pacientes não procuram muito a unidade. |
| 2.4 Forma de identificação de problemas com álcool e outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Observação da evolução clínica • Observação da conduta | [...] eu, às vezes, tento, relacionar com algum tipo de doença que, às vezes, a pessoa tem. Tento perguntar. Porque, às vezes, a gente vai nas visitas dos hipertensos ou dos diabéticos, aí a gente tenta relacionar: “Ah, sua pressão está muito alta. Você tem bebido? Você tem fumado muito? Você está te prejudicando.” A gente, pelos menos a minha visão, tenho feito dessa forma! [...] um paciente novo que chega, ou é um paciente que, às vezes, o médico não tem muito contato, apesar de a gente – cidade pequena a gente conhece todo mundo. O agente de saúde tem que estar passando essas informações, mas seria importante pra gente estar, de repente, avaliando ele de outra forma porque se você sabe que ele usa, vamos supor. |
| 2.5 Implementação de ações de conscientização na população local <ul style="list-style-type: none"> • Grupo de tabagismo • Projeto de álcool e drogas nas escolas | [...] pergunta e também orienta. A gente também estimula o paciente a vir a esses grupos também que tem, que é o grupo de tabagismo, pra evitar maiores complicações. E também a intenção da gente é estender esse projeto de álcool e drogas pra gente ter uma intervenção maior na comunidade com os pacientes. E hoje também a gente tem o psicólogo que faz o grupo. Ele fez um projeto de álcool e drogas na escola, de segundo grau. |
| 2.6 Incentivo na equipe para se investigar o tema <ul style="list-style-type: none"> • Restrito às agentes de saúde | [...] Sim, geralmente, o médico, a enfermeira, o técnico, estimula as agentes a estar perguntando sim. |
| 2.7 Acompanhamento do usuário identificado com problemas com álcool e/ou outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Em visitas domiciliares de rotina | [...] Sim, porque a gente faz visitas. Geralmente, então a gente acompanha, sim. Só por causa desse problema, ainda não. E a gente tem também aqui um centro de recuperação e o médico dessa equipe vai lá, então a gente tem acompanhado |

| | |
|--|--|
| | assim alguns casos de lá que estão em recuperação. |
| 2.8 Encaminhamento para serviços especializados <ul style="list-style-type: none"> • Falta de sistematização <ul style="list-style-type: none"> – Centro de recuperação – CAPS II (Ubá) | [...] É filantrópico. [...] Já teve casos sim, de serem encaminhados [...] Às vezes eles vão para o centro de recuperação mesmo, ou tem pacientes que são encaminhados. Com algum transtorno mental, peço pra acompanhar no CAPS, em Ubá. Nossa referência é Ubá [...] Eles ficam praticamente mais é pra fazer alguma atividade terapêutica. Eles cantam e o médico vai, pelo menos, 1 vez no mês lá. [...] tem casos que a gente encaminhou pra lá, sim. Mas a maioria de lá vem de fora, e a gente acompanha o paciente. Até ele ficar aqui por um tempo, mas a maioria não é daqui. |
| 2.9 Inclusão de perguntas sobre álcool e outras drogas em entrevistas de rotina <ul style="list-style-type: none"> • Crença na importância para planejamento das ações | [...] eu acho que é importante porque de uma certa forma, às vezes, há um paciente novo que chega, ou é um paciente que, às vezes, o médico não tem muito contato, apesar de a gente – cidade pequena a gente conhece todo mundo. O agente de saúde tem que estar passando essas informações, mas seria importante pra gente estar, de repente, avaliando ele de outra forma, porque se você sabe que ele usa, vamos supor, uma droga ilícita: uma maconha, uma cocaína. Ele está num tratamento de tuberculose. A gente sabe que isso há contra-indicação do uso de drogas, uso de álcool no tratamento de tuberculose. Então acho que é importante sim, pro médico ter uma conduta ou o enfermeiro ter uma conduta diferente, um olhar diferente para aquele paciente. |
| TEMA 3: ATITUDES | |
| 3.1 Posicionamento comum na equipe sobre como abordar <ul style="list-style-type: none"> • Existência de posicionamento comum <ul style="list-style-type: none"> – Padrão adotado pela equipe após capacitação | [...] Mudaram, muitos mudaram, de auxiliar, médico e enfermeiro, a maioria está do mesmo jeito, mas de agente de saúde, não. [...] Eu acho que depois desse treinamento todos tiveram. [...] uma fórmula mais padronizada, mais protocolada de estar abordando, sim. |
| 3.2 Atitudes atribuídas aos colegas <ul style="list-style-type: none"> • Falta de compromisso com a demanda de álcool e drogas | [...] Às vezes acontece coisas num bairro que a agente de saúde passa pra gente, mas diz: “Ah, toma cuidado na hora que você for falar, pra não parecer que fui eu que falei.” [...] acho que isso também tem [...] uma barreira que dificulta às vezes |

| | |
|--|---|
| | algum tipo de ação. |
| <p>3.3 Atitudes atribuídas aos pacientes usuários de álcool e outras drogas quando abordados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordagem sem impacto na mudança de atitude • Esquiva diante da abordagem <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na recusa do usuário de outras drogas | <p>[...] De uma certa forma, ser mais maleável, não ser tão radical, pra gente tentar dar continuidade, porque se a gente for tão radical no assunto, depois acaba que a gente não tem mais como ter acesso a esse paciente. Às vezes, [...] tem gente que não gosta que a gente toque nesse assunto, tem gente que é mais radical, não quer que toque. Tem isso também. A gente começa a falar a pessoa não dá confiança! A gente tenta fazer nossa orientação, a gente tenta ver se a pessoa reduz o consumo, ou reduz o uso abusivo. Mas a pessoa não quer. [...] eu acho, não é bem invadir a privacidade, mas, às vezes, é porque ele acha que ninguém sabe que ele usa. E, às vezes, fica constrangedor, porque geralmente a gente vai com o agente de saúde fazer visita e aí, às vezes, ele vai falar que a agente de saúde é do bairro. Falar: “Ah, a agente de saúde é fofoqueira, fica contando que eu uso droga.” Entendeu? Então acho que tem um pouco é um preconceito, quanto às drogas.</p> |
| <p>3.4 Atitudes atribuídas aos usuários de APS em geral, quando abordados sobre o uso de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receptividade <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na estratégia de abordagem | <p>[...] Eu acho que eles recebem bem a forma que a gente aborda [...]. [...] Eu ainda tenho um pouco. Afirmar que eu ainda tenho um pouco de dificuldade pra estar abordando esse assunto. Eu acho que é um assunto que tem que contornar pra não ir tão direto. Então acho que, assim, precisa de ser trabalhado, assim, melhor, numa capacitação ainda, aos poucos eu vou adquirindo essa capacidade de abordar esse assunto.</p> |
| <p>3.5 Atitudes atribuídas aos usuários de álcool e outras drogas que se recuperam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na rede de suporte social <ul style="list-style-type: none"> – Apoio da família – Reinserção no mercado de trabalho | <p>[...] Eu acho que é importante porque, às vezes, a família já não está uma família com uma convivência adequada. Acho que é importante o laço familiar voltar, porque às vezes é um paciente que já não tem condições de trabalhar. A família fica passando dificuldade. Então, assim, voltar a inserir no mercado de trabalho, volta a desenvolver suas atividades que ele desenvolvia antes, acho que é importante também. E de certa forma também que quando a gente consegue que o paciente recupera acho que a gente vê que o nosso trabalho foi efetivo. Acho que pra gente, profissional também, é importante, pra</p> |

| | |
|--|---|
| | gente se valorizar também e ver que a nossa ação foi efetiva. |
| TEMA 4: CRENÇAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | |
| <p>4.1 Crenças sobre os usuários de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na não adesão ao tratamento • Paciente mais propenso a riscos <ul style="list-style-type: none"> – Risco de violência – Risco para doenças | <p>[...] Geralmente esses pacientes não procuram muito a unidade. [...] porque se a gente for tão radical no assunto, depois acaba que a gente não tem mais como ter acesso a esse paciente. Ou da forma mais maleável, às vezes, eu vou, de certa forma, distanciar esse paciente. [...] A gente tenta fazer nossa orientação, a gente tenta ver se a pessoa reduz o consumo, ou reduz o uso abusivo. Mas a pessoa não quer.</p> <p>[...] porque pra gente também prevenir outros danos, consequências mais graves. Não só de saúde como também violência, violência doméstica. A gente sabe que acontece.</p> |
| <p>4.2 Crenças sobre o abuso de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • É fenômeno multifatorial <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na influência do ambiente – Crença na transmissão familiar • É irreversível | <p>[...] Ah, diversos fatores. A gente, às vezes, indaga isso ou, às vezes, perdeu um ente querido, ou, às vezes, nem sabe explicar porque que começou. Às vezes, é um amigo que estimula a beber: “Ah, vamos beber junto.” Igual eu tive um caso, que ele até faleceu a pouco tempo, que ele fala, ele tinha câncer. Ele falava que: “Ah, só não posso ir pro bar se meus amigos estiverem lá, se não estiverem lá eu não bebo, mas se eles estiverem lá eles ficam insistindo pra mim beber.” [...] Ah, influência ou algum fator também emocional. Ou senão um adolescente que começa a usar drogas ou a beber mesmo. Às vezes, é a família que já que já tem outros casos, então é aquele ambiente familiar também. Eu acho que traz essas consequências também, uso abusivo. [...] Eu acho que até mesmo o próprio vício, que a pessoa tem dificuldade. A pessoa que tem o uso há muito tempo, muito prolongado é difícil.</p> |
| <p>4.3 Crenças sobre a abordagem quanto ao uso de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na facilidade em disseminar informação • Crença de que o usuário não promove mudanças • Crença no despreparo para abordar <ul style="list-style-type: none"> – Preconceito às drogas ilícitas é empecilho | <p>[...] A gente tenta fazer nossa orientação, a gente tenta ver se a pessoa reduz o consumo, ou reduz o uso abusivo. Mas a pessoa não quer. [...] É um medo de como ele vai reagir, e que também, por ser um assunto que tem um certo tipo de preconceito. Igual drogas: às vezes, principalmente as drogas ilícitas, a gente vai chegando pra falar e, às vezes, tem esse preconceito da sociedade que não pode ser falado, e não pode divulgar que</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>fulano usa droga ilícita. Então assim é difícil, acho que mais que as drogas lícitas. [...] As drogas lícitas. Acho que o álcool, cigarro, é mais fácil de se lidar. [...] Eu acho mais fácil abordar o álcool. Somente o álcool, eu acho mais fácil. Acho mais fácil também, de repente, da gente estar tentando abordar e convencer ele mais dos malefícios que o álcool causa. [...] Ah, um folheto, um folder, eu acho que explicativo você pode estar falando com ele ali, provando: “Ah, causa isso, causa aquilo”. Ou: “você já tem essa doença, já tem a hipertensão.” Ou: “já tem o diabetes, que vai a essa complicação,” Acho que é provar, assim, de A+B porque do uso abusivo o que causará pra ele.</p> |
| <p>4.4 Crenças sobre as recaídas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na influência de fatores externos <ul style="list-style-type: none"> – Crença na influência de terceiros – Ênfase na falta de apoio profissional | <p>[...] Eu acho que, de certa forma, é a influência de amigos, ou de esposa, companheira, quem for. Uma pessoa que tenha um vínculo, e até porque, também de repente, a pessoa foi acompanhada até certo ponto, mas precisaria ainda continuar acompanhando, pra evitar ela ter a recaída. Porque, às vezes, a gente acha: “Ah, está bom! Está bom, vamos só, assim, de vez em quando, dar uma olhada. Dar uma olhada, acompanhar ele mais distante. Continuar acompanhando, mas não tão perto como era antes. Acho que a gente também tem que bem continuar por um tempo maior, que de repente ajudaria ele a não ter recaída.</p> |
| <p>4.5 Crenças atribuídas aos colegas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença no despreparo para abordar | <p>[...] se a pessoa não tem nenhum tipo de doença pra gente começar a abordar, acho que é difícil, eu pelo menos, enquanto profissional ainda tenho que lidar melhor, aprender melhor a lidar com essa abordagem.</p> |
| <p>4.6 Crenças sobre liberação ou repressão do álcool</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não tem posição definida <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na necessidade de fiscalização – Ênfase no controle do beber e dirigir | <p>[...] Acho que nem um nem outro. Ah, eu acho que tem que ser no limite. Acho também que não é reprimir. Igual tem as drogas ilícitas: está reprimindo mas o consumo está aumentando. Eu acho que essa questão é, assim, há uma controvérsia nessa. Acho que se liberar vai melhorar, se reprimir vai melhorar. [...] O álcool a gente já tem ele liberado, assim na lei mesmo. Não deveria ser liberado para (maiores) menores de 18 anos. Eu acho que tem que ainda, em relação ao álcool, essa</p> |

| | |
|---|---|
| | fiscalização ser efetiva e a gente vê, hoje, que está começando mais cedo os adolescentes a se envolverem com álcool. [...] eu acho que é um tema válido, já que a gente tem, assim, provado por estatísticas, número de acidentes, por uso de álcool, uso abusivo. Então eu acho que é importante... |
| 4.7 Crenças sobre a liberação ou repressão das outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Crença na repressão <ul style="list-style-type: none"> – Crença na necessidade de capacitação dos diversos setores da sociedade | [...] na verdade eu acho que deveria ser reprimido. [...] Ah, eu acho que é importante, assim, outros serviços estarem também sendo capacitados com esse tema, porque esse tema não é só de Guarani, não é só de Juiz de Fora, não é só de Rio Novo. Já que essa pesquisa está sendo feita nesses 3 municípios, eu acho que é um tema válido. Já que a gente tem, assim, provado por estatísticas, número de acidentes, por uso de álcool, uso abusivo. Então eu acho que é importante o serviço, não só o serviço de saúde também, como os outros demais setores que envolvem a sociedade. |
| TEMA 5: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS SOBRE TRATAMENTOS PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Equipe multiprofissional | [...] a gente tem aqui, mas é mais voltada pro paciente com transtorno mental, grupo de oficina terapêutica, trabalhos manuais. Eu acho que seria interessante. [...] Ou um grupo também, assim, tipo num grupo de convivência. Acho também interessante pra recuperação desse paciente, a troca de experiências, como tem sido feito com tabaco aqui e acho que também, a forma de abordar. Uma abordagem multiprofissional, multidisciplinar também é importante. [...] eu acho que tem que ter acompanhamento: agente de saúde, médico, toda a equipe estar acompanhando. Tem que estar vendo ele de forma integral. |
| TEMA 6: SENTIMENTOS ENVOLVIDOS AO LIDAR COM O TEMA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Despreparo • Medo • Preconceito | [...] acho que é difícil e acho que, eu pelo menos, enquanto profissional ainda tenho que lidar melhor, aprender melhor a lidar com esse abordagem. [...] pra não ir tão direto. Então acho que, precisa ser trabalhado melhor, numa capacitação ainda. Aos poucos eu vou adquirindo essa capacidade de abordar |

| | |
|--|---|
| | <p>esse assunto [...] Acho que meio insegura. Mais a insegurança de, de repente, numa palavra que eu vou usar que eu acho que estou sendo da forma mais correta, ou da forma mais maleável e às vezes eu vou, de certa forma, distanciar esse paciente.</p> <p>[...] Eu acho que a gente ainda tem muito preconceito. Ainda mais em cidade pequena.</p> |
|--|---|

Entrevista 6 – GT 2

| SUBTEMAS E CATEGORIAS | TRECHOS DA ENTREVISTA |
|--|---|
| TEMA 1: CAPACITAÇÃO | |
| <p>1.1 Cursos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento POPSS 2007 <p>1.1.1 Opinião sobre o curso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positiva <p>1.1.2 Aplicação na prática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temporária <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na necessidade de continuidade • Crença na maior adesão pelos agentes de saúde | <p>[...] Foi em 19/04/07. [...] foi válido, todos ficaram motivados em iniciar o trabalho aqui, principalmente porque eu, na graduação, não tive formação voltada para lidar com uso abusivo do álcool na APS. A gente sabe que hoje em dia a APS é o primeiro contato, é porta de entrada e, infelizmente, há essa deficiência na formação, na graduação dos profissionais e acredito que em todas as áreas. Na área de saúde toda, todas as profissões e a capacitação veio a atender uma necessidade nossa, e eu acredito que não seja só daqui, só de profissionais daqui, mas de todos que trabalham na APS, de não saber lidar. [...] Ai o profissional de saúde chega e fala: “Ah, mas eu não sei mais o que eu faço com o Sr. Fulano, porque está sempre bêbado. Toda vez que eu vou em casa, chego pra fazer visita encontro ele no mesmo estado.” E a capacitação veio de encontro à nossa necessidade. [...] era um conteúdo desconhecido, não conhecia o AUDIT, não conhecia a Intervenção Breve, foi bem planejada, foi bem executada. Tanto é que nós conseguimos dar um prosseguimento, que nos sentimos assim, capazes, [...] fomos capacitados pra aplicar o questionário, fazer a Intervenção. Foi uma boa oficina, uma boa capacitação! [...] Por exemplo, nas salas de espera aplicar questionário. É que antes havia a crença de que: “Pôxa, eu vou lá, vou falar de que ele não pode beber, falar sobre o risco abusivo, vou tentar e tal e amanhã ele vai estar do mesmo jeito!”. Só que a capacitação veio mostrar que a IB é justamente isso: é você informar, não você questionar a conduta dele, questionar a dependência dele, questionar o uso abusivo, questioná-lo, mas sim mostrar pra ele, pra pessoa, pro paciente, o que essa atitude que ele está tendo, o que é que vai trazer pra ele. E isso não é em vão. Isso é válido! [...] Não, não se mantém. Na verdade, quem mais aplicou o questionário foram os agentes de saúde [...] pra esse ano de 2009, a gente já está incluindo novamente voltar pro projeto (não</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>é um projeto), voltar pra essa prática no nosso cotidiano [...] e não se resolve uma situação crônica [...]. [...] a experiência das agentes de saúde é muito mais concreta que, por exemplo, a minha e acredito que das outras enfermeiras, dos outros profissionais também [...]. [...] Nós fizemos a capacitação em abril. Foi até quando a gente teve. Eu acredito que durante 6 meses elas ainda vieram aqui nos acompanhando. Não foi? 6 meses? Depois disso, durante uns 2 ou 3 meses a gente ainda seguiu sozinho. Depois a gente murchou. Aí nós paramos com as discussões. [...] junto com a coordenação do PSF, voltar junto com o psicólogo também que está atuando com a gente, a voltar a reimplantar, reestruturar essa prática na nossa rotina, ter encontros mensais com os agentes de saúde, porque o que é que a gente sentiu é que eles chegavam pra gente e falavam assim: “Ah, eu fiz 15 AUDIT’s essa semana, mas os 15 foram na zona de risco alto, pontuação alta. Eu orientei, mas ah, estão lá bebendo do mesmo jeito. O que é que eu vou fazer?” Então a gente sentiu que faltava um desfecho pra história e pra elas não morrerem na praia, digamos assim, não ficar uma atitude, uma ação em vão. Tem que ter um desfecho e esse desfecho, pelo menos eu percebi que se dá na discussão, porque na discussão eles encontram o que? Soluções, a troca de experiência, a troca de ideias: “na minha área tem um mesmo caso, eu fiz assim, deu certo.” [...] Eu acredito que não foi pra frente, porque primeiro a gente deixou de ter esse acompanhamento. Esse acompanhamento era muito bom! Claro que a gente sabia que era um projeto, que tinha tempo determinado, período específico pra acontecer. Outro, eu acredito que foi de cada profissional mesmo, acho que não teve, acho que se tivesse alguém, assim, nós até pensamos nisso, de estipular uma meta, “você tem que fazer por mês tantos questionários”, pro projeto não parar. Mas isso não aconteceu.</p> |
| <p>1.2 Pretensão de aprofundamento nos conhecimentos sobre álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pretensão de fazer leitura | <p>[...] Pretendo aprofundar [...] Lendo. [...] Eu acredito assim, que tem que ser feito, porque a gente tem tanta demanda pra esse assunto, igual eu falei: a gente não</p> |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento da necessidade para a APS | <p>tem uma formação tão boa, durante a graduação pra tratar, pra trabalhar, cuidar, planejar álcool e drogas. Não tem. Acho que todo profissional que trabalha, na Atenção Primária, devia passar por essa capacitação, devia ser assim, uma coisa. Sinceramente, porque eu não sei se [...] você conhece a portaria 648, que trata da Atenção Primária? Ela fala de hanseníase, de tuberculose, da saúde da criança. Ela não fala nada de álcool e drogas. Não tem nenhum indicador nosso que fale de álcool e drogas.</p> |
| TEMA 2: PRÁTICAS | |
| <p>2.1 Avaliação do padrão de consumo de álcool e outras drogas entre usuários de APS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza avaliação informal do consumo de álcool • Intervenção com aqueles que já apresentam problemas relacionados • Realiza avaliação de padrão de consumo apenas do tabaco | <p>[...] Avaliar informalmente, porque eu conheço assim os meus pacientes, a minha população adstrita. Então a gente sabe. Fulano entra no consultório, vem até a unidade, você já sabe: “Nossa, ele bebe muito!”. Aí eu já procuro conversar, me aproximar, saber como é que está. Paciente que às vezes interna, infelizmente, por uso abusivo, é nas visitas domiciliares: “vamos naquele que a gente sabe que bebe”. Paciente caído, na rua. Acho que isso aí já é uma forma de eu avaliar [...] informalmente.</p> <p>[...] A gente tem um grupo de terapia sobre o tabagismo. [...] o psicólogo que trabalha com a gente ele desenvolve esse projeto. Esses grupos de terapia, nós nos inscrevemos no INCA, recebemos insumos. Já recebemos 2 remessas de insumos para serem usados nesses participantes do grupo de terapia quando necessário. Nós fazemos uma consulta de enfermagem, que funciona assim: o grupo existe, o agente de saúde identifica as pessoas (os tabagistas que querem parar de fumar), os inscreve no grupo, o psicólogo chama pro grupo, simultaneamente a terapia avalia a necessidade da medicação, o adesivo, bupropiona, a goma, é através de uma consulta de enfermagem, depois de uma consulta médica.</p> |
| <p>2.2 Forma de abordar o assunto álcool e outras drogas com os usuários de APS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento | <p>[...] onde eu abordo? Durante. Essas situações que eu falei, e qual que é a pergunta? Como? [...] é igual eu falei: não questionando “por que é que você bebe tanto?” Às vezes, pra ele é pouco ainda o que ele bebe. Pra mim é muito, então não é questionando. Mas abordo mostrando pra</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>ele os riscos, os malefícios, os prejuízos que a doença traz pra ele, qualquer fase da vida.</p> |
| <p>2.3 Etapa em que aborda o tema álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na anamnese <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase no álcool • Na visita domiciliar <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase no álcool – Ênfase nos tabagistas | <p>[...] Avaliar informalmente, porque [...] eu conheço assim os meus pacientes, a minha população adstrita, então a gente sabe. Fulano entra no consultório, vem até a unidade, você já sabe: “Nossa, ele bebe muito!”. Aí eu já procuro, conversar, me aproximar, saber como é que está. Paciente que às vezes interna, infelizmente, por uso abusivo, é nas visitas domiciliares: “vamos naquele que a gente sabe que bebe”. Paciente caído na rua, acho que isso aí já é uma forma de eu avaliar [...] Informalmente.</p> <p>[...] Nós fazemos uma consulta de enfermagem, que funciona assim: o grupo existe, o agente de saúde identifica as pessoas (os tabagistas) que querem parar de fumar, os inscreve no grupo, o psicólogo chama pro grupo, simultaneamente a terapia avalia a necessidade da medicação, o adesivo, bupropiona, a goma, é através de uma consulta de enfermagem, depois de uma consulta médica.</p> |
| <p>2.4 Forma de identificação de problemas com álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observação da conduta | <p>[...] Acredito. Trabalho. Identifico quando a pessoa também permite que eu aproxime, porque tem muitas pessoas que a gente sabe quem faz uso de alguma substância e que não aceita a sua abordagem, que não aceita a sua visita, que não aceita você falar porque é um tema delicado. Que, de repente, não admitem que faz uso, então, assim, a intervenção se dá, quando o outro permite. Não tem como você chegar.</p> |
| <p>2.5 Implementação de ações de conscientização na população local</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ação isolada na comunidade • Projeto de álcool e drogas nas escolas | <p>[...] Nós participamos, mas foi uma vez, do AA. Nós fomos lá, a médica que trabalha na minha equipe foi lá, fazer uma palestra, foi o ano passado, ou ano retrasado. Só. Que eu lembre de ação, foi só essa! [...] a gente não realiza atualmente nenhum trabalho educativo, [...]. A gente tem feito o quê? Com os adolescentes, nas escolas, os grupos, [...] tem ido trabalhar essa questão de drogas, lícitas e ilícitas nas escolas com os adolescentes, já é um grande passo, um grande avanço. O PSF acompanha, mas é um trabalho mais coordenado por ele, psicólogo. E, por a gente não ter, assim, o PSF propriamente, nenhuma ação nesse</p> |

| | |
|---|---|
| | sentido, a ação pra que a gente foi capacitada não está sendo desenvolvida, o que é que a gente faz? É, vamos dizer, atender as demandas que vão surgindo. |
| 2.6 Incentivo na equipe para se investigar o tema <ul style="list-style-type: none"> • Inexistente | [...] Atualmente, não. Todas as demandas trazidas são discutidas, é feita alguma coisa, mas que seja incentivada essa investigação, não! |
| 2.7 Acompanhamento do usuário identificado com problemas com álcool e/ou outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase no papel do agente de saúde | [...] São acompanhadas, de repente, mais pelo agente de saúde que está lá no cotidiano que eu, enfermeira. Atendo a essas demandas que ele traz. O que às vezes é necessário, é pra atendê-las uma visita domiciliar, é trazer o paciente até o posto, pra uma consulta médica, pra gente tratar os efeitos do álcool. |
| 2.8 Encaminhamento para serviços especializados <ul style="list-style-type: none"> • Inexistente | [...] isso é outra, vamos dizer, falha que existe. Porque pra onde você vai encaminhar? Pro CAPS? CAPS de Ubá, só transtorno mental, esquizofrenia, bipolar. Não aceita. Tem que ser CAPS AD. A gente não tem uma referência de CAPS AD. Então, aí é uma crítica construtiva que eu faço. Aí a situação volta pra gente. |
| 2.9 Inclusão de perguntas sobre álcool e outras drogas em entrevistas de rotina <ul style="list-style-type: none"> • Crença na importância para planejamento das ações | [...] Ah, necessário, porque embora a gente conheça a população adstrita, a gente não dá conta de tudo, a gente não conhece as características humanas e desumanas dos nossos usuários. Acredito que seja interessante, sim. Inclusive, os questionários nossos, que foram aplicados, nós transcrevemos pro prontuário e assinalamos. No intuito, assim, de que quando ele entrasse pra uma consulta, o profissional médico, enfermeiro com o prontuário dele na mão, já estava ali sinalizado. |
| TEMA 3: ATITUDES | |
| 3.1 Posicionamento comum na equipe sobre como abordar <ul style="list-style-type: none"> • Existência de posicionamento comum <ul style="list-style-type: none"> – Abordagem informativa | [...] É essa. A forma informativa. |
| 3.2 Atitudes atribuídas aos colegas <ul style="list-style-type: none"> • Desorientação • Trabalho com a prevenção percebido como iniciativa isolada <ul style="list-style-type: none"> – Maior adesão dos Agentes de Saúde | [...] e eu acredito que não seja só de profissionais daqui, mas de todos que trabalham na APS, de não saber lidar. Aí, o profissional de saúde chega e fala: “Ah, mas eu não sei mais o que eu faço com o |

| | |
|--|--|
| <p>– Crença na motivação pessoal (tabaco)</p> | <p>Sr. Fulano, porque está sempre bêbado. Toda vez que eu vou em casa, chego pra fazer visita encontro ele no mesmo estado.” [...] Na verdade, quem mais aplicou o questionário foram os agentes de saúde, [...] não se mantém. [...] eles chegavam pra gente e falavam assim: “Ah, eu fiz 15 AUDIT’s essa semana, mas os 15 foram a zona de risco alto, pontuação alta. Eu orientei, mas, ah, estão lá bebendo do mesmo jeito. O que é que eu vou fazer?” Então a gente sentiu que faltava um desfecho pra história e pra elas não ficarem, não morrerem na praia, digamos assim, não ficar uma atitude, uma ação em vão. [...] Então, foi a nutricionista e logo o João (nome fictício) foi contratado. Aí ele teve a ideia do tabagismo. Acredito que por ele ter uma experiência própria, familiar, com o cigarro. Acredito que ele já tem assim, foi mais pra esse lado. Então foi uma outra vertente, além da nutrição, a psicologia com o grupo, do programa “Cuidando de quem cuida”.</p> |
| <p>3.3 Atitudes atribuídas aos pacientes usuários de álcool e outras drogas quando abordados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquiva diante da abordagem • Abordagem sem impacto na mudança de atitude | <p>[...] Identifico quando a pessoa também permite que eu aproxime, porque tem muitas pessoas que a gente sabe que faz uso de alguma substância e que não aceita a sua abordagem. Que não aceita a sua visita, que não aceita você falar porque é um tema delicado. Que de repente não admitem que faz uso, então assim a intervenção se dá, quando o outro permite, não tem como você chegar. [...] o que é mais difícil? A reação dele. Acredito que não seja nem abordar. Mas eu nunca fui mal recebida. Mas acredito que é a reação dele. Porque ele vai olhar, igual te falei, vai olhar pra você e, tipo assim, “você sabe por que eu bebo? Você não sabe por que eu bebo, por que você está me falando isso?” É por isso que, assim, a gente tem que atuar de forma neutra no sentido, assim, de não puni-lo. Acredito que isso seja ser neutra. Mas, assim, a gente tem que se deixar clara a postura em relação ao risco da bebida pra ele eu acho que é mais dificuldade. [...] ele saber o risco e continuar usando de forma abusiva. Saber dos malefícios e continuar usando de forma abusiva. [...] Às vezes desmotiva sim, porque igual eu falei, vou encontrá-lo novamente na</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>mesma situação. Mas assim, não me dificulta. Às vezes pelo olhar, sabe? Pelo olhar, você sente pela postura de corpo, que não há aceitação. Justamente por isso, por ele olhar pra você e falar assim: “Mas você sabe?”, Pensar: “você sabe por que eu bebo? Ah, eu gosto de beber e vou continuar bebendo. Não vem você me falar isso. Eu vou continuar bebendo.” Até porque também... [...] Às vezes, também você percebe o quê? O uso dele está junto, inserido no contexto social dele, do paciente.</p> |
| <p>3.4 Atitudes atribuídas aos usuários de APS em geral, quando abordados sobre o uso de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receptividade <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na estratégia de abordagem • Hostilidade • Sem impacto na mudança de atitude | <p>[...] Foi positiva. Eu apliquei poucos AUDIT's, muito poucos, não me lembro quantos, mas foram muito poucos. Foi positiva. Eu vi que eu apliquei bem. Acredito que as respostas foram verdadeiras, pelo que eu conheço das pessoas que eu apliquei. Acredito que realmente foram e, não que elas tenham parado de beber, mas eu fiquei satisfeita por ter feito a minha parte, enquanto enfermeira, profissional de saúde estar orientando do risco abusivo da bebida.</p> <p>[...] Muitos, assim, nem ouvem o que a gente fala: “Hum, você? Você vai falar, está bebendo demais, vai falar, de novo, o que vai acontecer comigo, meu fígado.” Muitos ignoram, alguns ouvem, a maioria, assim, não vai parar de beber, pelo que eu falei, pelo que o doutor falou. Tem atitudes, reações, variadas.</p> |
| <p>3.5 Atitudes atribuídas aos usuários de álcool e outras drogas que se recuperam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na rede de suporte social <ul style="list-style-type: none"> – Mudança de repertório de opções de lazer | <p>[...] Porque se ele não tiver nada, uma ação recreativa, uma atividade, não tem lazer, o que é que ele vai fazer? Fumar! O lazer dele infelizmente é esse, é beber, é fumar.</p> <p>[...] É informar ao paciente que ele, assim, absorva a informação sobre o risco abusivo, que ele pare ou diminua o fumo, o cigarro ou o álcool, pelo menos que ele diminua a partir da absorção dessa informação. Que ele se torne co-responsável pela sua saúde, que ele se cuide mais, que ele descubra outras formas de ter lazer, quando a bebida é lazer. Que descubra outras fontes de ter prazer, quando a gente sabe que a bebida traz prazer. Eles acreditam que possa ser solução de problema, e não é você vai beber, tomar um porre e vai acordar amanhã o problema está lá do mesmo jeito. Que eles criem assim outras expectativas</p> |

| | |
|--|---|
| | de vida pra ele próprio que não seja a bebida, que não seja o cigarro. |
| TEMA 4: CRENÇAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | |
| <p>4.1 Crenças sobre os usuários de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na não adesão ao tratamento • Crença na vitimização do usuário de álcool e drogas • Crença de que trata-se de problema moral | <p>[...] Eu acredito que a dificuldade é você saber o que falar, embora ele não vá parar de beber com o que você diga, é você lidar com isso pra você não acreditar que sua ação seja em vão e acreditar que ele vai te ouvir. [...] Porque tem muitas pessoas que a gente sabe que faz uso de alguma substância e que não aceita a sua abordagem que não aceita. [...] muitos ignoram, alguns ouvem, a maioria, assim, não vai parar de beber, pelo que eu falei, pelo que o doutor falou. [...] Às vezes desmotiva sim, porque igual eu falei, vou encontrá-lo novamente na mesma situação. Mas assim, não me dificulta. Às vezes pelo olhar, sabe? Pelo olhar, você sente pela postura de corpo que não há aceitação. [...] “Você sabe por que é que eu bebo? [...]” “Você não sabe por que é que eu bebo, por que é que você está me falando isso?” É por isso que a gente tem que atuar de forma, não neutra. Neutra no sentido de não puni-lo. [...] “Ah, eu gosto de beber e vou continuar bebendo. Não vem você me falar isso. Eu vou continuar bebendo.” [...] “Então você está me cortando o que eu mais gosto de fazer. Você está falando pra eu não beber, o que eu mais gosto de fazer, beber!”. [...] Já conhecendo ele um pouco, você já sabe assim o que é que você fala, o modo como que você fala, o que você não deve falar. Não criar assim, um clima hostil, pra depois ele virar a cara pra você.</p> |
| <p>4.2 Crenças sobre o abuso de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • É fenômeno multifatorial <ul style="list-style-type: none"> – É consequência da falta de políticas públicas eficazes – Ênfase na influência do ambiente • É irreversível | <p>[...] uma questão crônica, você não chega e fala, por exemplo: tratar tuberculose, você dá a medicação, você dá orientação, investiga os contatos, supervisiona a dose, faz exame. Alcoolismo não é assim! [...] Tem muito mais uma questão social em volta. Tem a questão da dependência, que pode existir também. Então eu acredito que a dificuldade é você saber o que falar, embora ele não vá parar de beber com o que você diga. [...] Outra questão também é a questão social, porque [...] às vezes, você até observa que o paciente está indo bem, não tem bebido, você fica feliz por isso. Mas o álcool é assim: qualquer um te oferece uma dose de cachaça [...], uma</p> |

dose de cachaça com R\$ 1,00 você encontra um botequim que tem. Às vezes a dose é mais cara, mas te vende por R\$1,00 justamente pra ir alimentando, o seu vício. Então, o acesso à droga acho que é um dificultador, porque o acesso é fácil, qualquer botequim tem a cachaça, tem a cerveja. Tem cerveja que custa R\$4,50 a garrafa, e tem cerveja que custa R\$ 1,00 e pouco. Você vê, às vezes, não compra uma maçã, mas compra uma dose de cachaça. [...] Porque é difícil eu falar assim: “Não fume mais, não cheire mais!”. Porque se ele for viciado? Porque se ele não tiver nada, uma ação recreativa, uma atividade, não tem lazer, o que é que ele vai fazer? Fumar! O lazer dele infelizmente é esse, é beber, é fumar. [...] Não tem nenhum indicador nosso que fale de álcool e drogas. Então acredito que começa daí, porque quando a gente é cobrado, a gente é cobrado em cima de uma linha de trabalho, tem metas, alcançar as metas, os indicadores. Acredito que se houvesse, não sei qual, de repente, nem imagino qual o indicador seria, como deveria ser avaliado, mas eu vejo que deveria ser acrescentado algum indicador, uma meta em torno disso aí. Atividades realizadas no combate ao álcool e drogas. [...] É uma questão social, é uma questão de saúde pública, é uma questão que os profissionais infelizmente saem, da graduação, sem qualquer prática, mesmo que de nível médio, sem preparo pra lidar, embora exista toda uma política, secretaria, tudo, pra álcool e drogas, acredito que isso é pouco divulgado pro profissional da APS que está aqui, na ponta. [...] O uso dele está junto, inserido no contexto social dele, do paciente. [...] todos os amigos bebem, todos da família bebem. Todas as tardes o lazer dele é ir pro botequim e beber, tomar uma cachaça. Então quando você fala, alerta dos riscos, de repente, você não tem aceitação porque você está falando do lazer dele. [...] Eles acreditam que possa ser solução de problema. [...] Pode ser o fácil acesso, a dependência, a falta assim de uma estrutura familiar, a falta de uma estrutura própria, não de uma personalidade formada, mas a falta de estrutura de achar que “se beber meus problemas vão estar solucionados, resolvidos” e na verdade é deixar de ter na bebida uma válvula de escape. [...] O

| | |
|--|---|
| | <p>acesso continua fácil, do mesmo jeito. Estrutura familiar não tem como PSF criar! Tem como você incentivar, estimular, mas isso a gente não cria, eu não mudo hábito cultural, a gente não muda! A intenção não é essa. E a falta mesmo de um acompanhamento nos casos de dependência, infelizmente, ela vai continuar fazendo uso. [...] Eu acredito que não deve ser discriminado, recriminado, ele precisa de tratamento, ele está doente.</p> |
| <p>4.3 Crenças sobre a abordagem quanto ao uso de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença no despreparo para abordar • Crença de que o usuário não promove mudanças • Crença na facilidade em disseminar informação • Crença na eficácia da inserção no cotidiano do usuário | <p>[...] primeiro é como abordar, por isso eu não sei se é uma certa dificuldade, porque cada paciente pode reagir de um jeito, então você vai ter que ser estratégico, situacional, pra se colocar frente àquele ali de uma maneira mais condizente com ele. E, então primeiro é como abordar. E acredito que dificuldade, é igual eu falei é uma questão crônica, você não chega e fala. Por exemplo, tratar tuberculose: você dá a medicação, você dá orientação, investiga os contatos, supervisiona a dose, faz exame. Alcoolismo não é assim! Tem muito mais uma questão social em volta, tem a questão da dependência, que pode existir também. Então eu acredito que a dificuldade é você saber o que falar, embora ele não vá parar de beber com o que você diga. [...] Então aí a gente fala o que a droga faz: inibe o efeito do medicamento, “o que você precisa agora é matar esse bacilo que está aí.” Mesmo depois que você voltar a ter a rotina do uso que você tinha, porque é difícil eu falar assim “não fume mais!”, “não cheire mais!” Porque se ele for viciado? [...] Enquanto ele não enxergar que é o melhor pra ele, não vai parar. Então eu me sinto, às vezes eu me sinto impotente. Porque estou fazendo a minha parte, estou falando, mas semana que vem eu vou encontrá-lo na mesma situação. [...] o vínculo que a gente já tem. O PSF é isso, o vínculo, a proximidade do cuidado, isso daí facilita, porque eles já me conhecem, eu já os conheço. Não a todos. Mas você acaba conhecendo. Isso aí facilita eu abordar. Eu acredito que o conhecimento que a gente tem, que eu tenho, já conhecendo ele um pouco, você já sabe assim o que é que você fala, o modo como que você fala, o que você não deve falar, não criar um clima hostil pra depois</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>ele virar a cara pra você. [...] O vínculo facilita, o conhecimento que eu tenho sobre o assunto, a capacitação me facilita [...] Aumenta a liberdade de falar sobre o assunto, delicado. Aumenta a liberdade de já expor os riscos, os malefícios, de, de repente, pegar mais pesado: “Oh, você quer isso? Você é novo! Você quer morrer de câncer, de fígado? Você quer morrer de cirrose?” Às vezes a gente tem que chocar de alguma maneira. Pegar pesado.</p> |
| <p>4.4 Crenças sobre as recaídas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase em fatores externos <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na falta de apoio profissional • Ênfase na influência de fatores internos <ul style="list-style-type: none"> – Falta de conscientização de sua problemática | <p>[...] e de repente a falta mesmo de um acompanhamento nos casos de dependência, e o álcool fazer parte de muitos contextos familiares, sociais, pessoais. Isso aí a pessoa está neste mundo, infelizmente, ela vai continuar fazendo uso. [...] Isso aí eu nunca parei pra pensar, porque uma pessoa pode ter uma recaída? O acesso continua fácil, acredito que, de repente, ela precise de mais ajuda profissional do que ela está tendo. Não sei. O que é que leva uma pessoa a ter uma recaída? Acredito que é isso. É por ela própria. Se ela não está assim, inteiramente envolvida na questão de não beber mais, ela vai voltar a beber. É igual quando a gente termina com o namorado. Você tem uma recaída e volta, por quê? Algum vínculo ainda existe, com a bebida. [...] o alcoólatra precisa de acompanhamento.</p> |
| <p>4.5 Crenças atribuídas aos colegas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença no despreparo para abordar • Crença na ineficácia da abordagem | <p>Ai, o profissional de saúde chega e fala: “Ah, mas eu não sei mais o que eu faço com o Sr. Fulano, porque está sempre bêbado”. [...] Não um dificultador, mas a gente, de repente, a gente fica assim: “Poxa, mas eu já fui tantas vezes lá, visitá-lo e falei.”</p> |
| <p>4.6 Crenças sobre liberação ou repressão do álcool</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não tem posição definida <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase na necessidade de fiscalização – Ênfase na necessidade de informação | <p>[...] Qual que é a diferença do veneno e do antídoto? A dose. Não é? [...] não vou dizer que não é reprimir, e que não é liberar, mas é dificultar o acesso, é ter uma legislação mais em vigor, mais fiscalizadora e, não sei se é reprimir, ou liberar. Acho que pra alguns é reprimir. Você vai dar bebida pro alcoólatra? Eu não sei. [...] É liberar? Eu acredito assim, no mundo que a gente está, com os adolescentes cada vez bebendo mais, mais cedo iniciando o consumo cada vez mais precocemente. De repente até dentro das famílias mesmo. Acredito que</p> |

| | |
|--|--|
| | não seja nem liberar, nem reprimir, é informar a população do uso, não o uso correto, mas o uso que não seja abusivo. |
| 4.7 Crenças sobre a liberação ou repressão das outras drogas <ul style="list-style-type: none"> • Crença na repressão <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase no estudo do efeito de cada substância – Ênfase na necessidade de definição por lei | [...] Eu acredito que seja reprimir, as drogas. Quando eu falo drogas: maconha, cocaína, crack, até mesmo pela questão social, que está envolvida. De repente, aqui que é interior, a questão não seja tão grande quanto um Rio, São Paulo, mas já pra nós, que somos municípios pequenos, já tem uma proporção grande, esse uso de drogas ilícitas e acredito que tem que ser definido por legislação. |
| TEMA 5: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS SOBRE TRATAMENTOS PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Rede de apoio na comunidade (lazer) • TIB (Testagem e Intervenção Breve) | [...] Porque se ele não tiver nada, uma ação recreativa, uma atividade, não tem lazer, o que é que ele vai fazer? Fumar! O lazer dele infelizmente é esse, é beber, é fumar. [...] A abordagem que eu aprendi durante a capacitação. Essa da Intervenção Breve. Aplicar o questionário e dependendo da pontuação, atuar. |
| TEMA 6: SENTIMENTOS ENVOLVIDOS AO LIDAR COM O TEMA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Desmotivação • Despreparo • Cepticismo • Sente-se à vontade ao transmitir informação • Impotência • Rejeição | [...] Nós fizemos a capacitação em abril, foi até quando a gente teve. Eu acredito que durante 6 meses elas ainda vieram aqui nos acompanhando. Não foi 6 meses? [...] Depois disso, durante uns 2 ou 3 meses a gente ainda seguiu sozinho. Depois a gente murchou, aí nós paramos com as discussões. [...] Primeiro é como abordar, por isso eu não sei se é uma certa dificuldade, porque cada paciente pode reagir de um jeito, então você vai ter que ser estratégico, situacional, pra se colocar frente àquele ali de uma maneira mais condizente com ele. Então primeiro é como abordar. E acredito assim que dificuldade é uma questão crônica. Você não chega e fala Por exemplo tratar tuberculose: você dá a medicação, você dá orientação, investiga os contatos, supervisiona a dose, faz exame. Alcoolismo não é assim! Tem muito mais uma questão social em volta, tem a questão da dependência, que pode existir também. Então eu acredito que a dificuldade é você saber o que falar, embora ele não vá parar de beber com o que você diga. É você lidar com isso pra |

Entrevista 7 – GNT 3

| SUBTEMAS E CATEGORIAS | TRECHOS DA ENTREVISTA |
|--|---|
| TEMA 1: CAPACITAÇÃO | |
| <p>1.1 Cursos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nenhum | <p>[...] eu acho que são muito insuficientes, porque, por exemplo, nesses 9 anos que eu estou aqui na UBS praticamente o que a gente teve foi com relação ao CAPS AD, mas a nível de fluxograma, de como é organizado o serviço. Treinamento específico pra álcool e drogas, não. Logo quando eu entrei teve uma, é, teve também alguns treinamentos, mas falando assim do CRESAM de um modo geral, né? E que citava dentro do CRESAM, o álcool e droga. Mas sempre assim: como a gente fazer pra encaminhar, né? Só nessas questões, agora o tratamento em si, o lidar em si com o cliente ali, não! [...] Eu não sei se outros membros. Já tiveram alguma coisa, porque eu sei que já teve igual, [...] essa relação do AUDIT, por exemplo, parece que é um instrumento de coleta. Outras pessoas já participaram, mas também sei que não foi pra frente só como instrumento de coleta e não está sendo mais usado. [...] Mas é que eu depois engravidei, entrei de licença maternidade, então eu perdi. [...] acho que não foi muito motivado, não, porque eu percebi que uns aplicavam, outros não.</p> |
| <p>1.2 Pretensão de aprofundamento nos conhecimentos sobre álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposição de receber treinamento • Falta de pretensão de se especializar | <p>[...] A oportunidade, acho que ainda não me foi dada. [...] eu acho que seria interessante essa questão de abordagem, porque eu acredito que tenha uma forma ideal de abordagem, o acompanhamento depois. Não precisa ser uma coisa profunda a nível de tratamento, porque não é minha área. Mas o mínimo eu tenho que conhecer, até pra estar dando as orientações e acompanhamento mesmo depois. [...] Não, sinceramente eu não sei nem que tipo de curso, de treinamento que é ofertado. Então não tenho idéia, não.</p> |
| TEMA 2: PRÁTICAS | |
| <p>2.1 Avaliação do padrão de consumo de álcool e outras drogas entre usuários de APS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não realiza avaliação • Intervenção com aqueles que já apresentam problemas relacionados | <p>[...] Não. Não assim com essa intenção. Eu vou te explicar: por exemplo, se eu estou no atendimento de hipertenso, lógico que eu faço a abordagem, porque existem as medicações, ou até mesmo o paciente é psiquiátrico. Eu faço essa abordagem. Mas a intenção, o foco principal realmente não é</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>o álcool, ou a droga. É como que ele pode estar interferindo com a doença de base que está vindo pra mim. [...] nos controles, sim, isso eu sempre investigo. Mas eu vou te dar um exemplo: se chegar uma pessoa pra mim, uma mulher fazendo exame ginecológico, raramente eu investigo. Não sou muito atenta! [...] alguma relação ou algum prejuízo maior se tiver com álcool associado pode me acarretar problema maior com aquela doença. [...] Não é de rotina. [...] depende assim do contexto.</p> |
| <p>2.2 Forma de abordar o assunto álcool e outras drogas com os usuários de APS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pergunta direta • Aconselhamento <ul style="list-style-type: none"> – Ênfase com grupo específico (gestante) | <p>[...] depende assim do contexto. Na hora da anamnese e tudo, mas é perguntando claramente: “Você faz algum uso de bebida alcoólica? Qual?” Pergunto assim em que frequência ele usa. A droga a mesma coisa, neste sentido. E lógico quando a gente percebe alguma coisa, às vezes chega a encaminhar, a gente faz algumas orientações. [...] não é assim: eu detecto e deixo pra lá! Não é isso! Se tem, aí a gente corre atrás, eu marco uma consulta com o médico, ou a gente encaminha, lá pra baixo pro CAPS ou pro CRESAM. A gente orienta o AA ou os narcóticos, e tudo. [...] E a gente durante o pré-natal vai percebendo, baixo peso, crescimento do bebê insatisfatório, e tal. Mas muitos negam! [...] chega um ponto que eu não sei, porque eu insisto, insisto, ela fala não. O que eu faço é expor os prejuízos, por exemplo, no caso dessa gestante eu vou expor o risco, do aborto, do parto pré-maturo, dos prejuízos e mostrar que tem um tratamento, que a gente pode estar intervindo. Mas algumas vezes não tem como e eu não posso forçar também a fazer um tratamento. A não ser que ela fale. Aí é ruim, porque a gente sente essa impotência.</p> |
| <p>2.3 Etapa em que aborda o tema álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na anamnese | <p>[...] Não, não é de rotina [...] depende do contexto. Na hora da anamnese [...]</p> |
| <p>2.4 Forma de identificação de problemas com álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perguntas diretas • Observação da conduta <ul style="list-style-type: none"> – Através do hálito etílico – Postura • Observação da evolução clínica em grupo específico (gestante) | <p>[...] depende do contexto. Na hora da anamnese. Mas é perguntando claramente: “Você faz algum uso de bebida alcoólica? Qual?” Pergunto em que frequência ele usa. A droga a mesma coisa, neste sentido. [...] Não, muitos negam. Mas tem uns que você tem certeza porque tem o cheiro ali, tem a postura. Mas muitos negam, a gente percebe isso. Por exemplo, o público que</p> |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • “Denúncia” de terceiros | <p>nega muito e a gente sabe é gestante, por exemplo, com uso de droga. Uma grande maioria assim, nega, mas eu sei que usa porque tem o agente comunitário que me traz. Tem, às vezes, até um outro familiar vem fora e fala: “Olha, fulana, fica atenta porque ela usa e tal, tal, tal” mas eles negam. E a gente durante o pré-natal vai percebendo, baixo peso, crescimento do bebê insatisfatório, e tal. Mas muitos negam!</p> |
| <p>2.5 Implementação de ações de conscientização na população local</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ação isolada na comunidade | <p>[...] que eu me lembre, acho que não. Já teve essa aplicação do AUDIT por alguns. Mas fora isso que eu me lembre, não. Assim uma coisa maior, não me lembro, não me recordo, não.</p> |
| <p>2.6 Incentivo na equipe para se investigar o tema</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inexistente | <p>[...] De uma maneira geral, todos nós investigamos dessa forma que eu te falei. Com essa preocupação com as patologias. Isso todos fazem. Agora assim, um que levante a bandeirinha: “olhe, a gente tem que correr atrás, de fazer um grupo, de fazer um movimento na comunidade”, não, isso não tem. Mas todos abordam isso nas suas consultas. Diante das suas necessidades.</p> |
| <p>2.7 Acompanhamento do usuário identificado com problemas com álcool e/ou outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento em consultas de retorno | <p>[...] Não. Especificamente, não. Ter este retorno, de eu saber, e tal, não. Não tem [...] Às vezes eu chego a encaminhar e tudo, mas normalmente os retornos dele são com os médicos, porque às vezes está atrelado a alguma medicação. Que vai ao CRESAM e tal. Mas o serviço de enfermagem, que seria mais um acompanhamento, sem essa questão farmacológica e tudo, não. Mas eu sei que eles são acompanhados, sim, pelos médicos. Eles retornam em consultas periódicas. Ou quando não aqui, lá embaixo. Na psiquiatria, ou no CAPS, mas com a enfermagem, não. Não tem esse retorno.</p> |
| <p>2.8 Encaminhamento para serviços especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rede de apoio da comunidade • CRESAM/CAPS AD | <p>[...] É lógico, quando a gente percebe alguma coisa, às vezes, chega a encaminhar. A gente faz algumas orientações. Não é assim: eu detecto e deixo pra lá! Não é isso! Se tem, aí a gente corre atrás, eu marco uma consulta com o médico, ou a gente encaminha, lá pra baixo, pro CAPS ou pro CRESAM. A gente orienta o AA, ou os narcóticos, e tudo. [...]</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Agora, quando não, nem sempre eles aceitam, ou às vezes aceitam aqui na hora, mas não vai. Aceita, você marca, faz tudo, mas quando você vê, volta porque não compareceu. Ou aceita aí você tenta falar, aí vai pro CAPS, por exemplo, depois volta a fichinha do CAPS falando pra (muito comum a gente receber) “rever a motivação do paciente, porque não se enquadra”. Então aceitam entre aspas. [...] Só quando tem, por exemplo, uma outra patologia. Aí a gente encaminha pro CRESAM. Sei lá, uma esquizofrenia, uma coisa assim mais o álcool a gente encaminha pro CRESAM também. Primeiro lá, a psiquiatra, direciona pra gente.</p> |
| <p>2.9 Inclusão de perguntas sobre álcool e outras drogas em entrevistas de rotina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na importância para planejamento das ações | <p>[...] Eu acho que ajudaria bastante, porque, de uma certa forma, ia estar direcionando a gente na abordagem. Acho que seria um jeito de uma orientação até pra gente. E até detectar casos novos, que a gente nem imagina que tem esse problema. Mas aí uma coisa assim, de entrar na rotina. O usuário entrou, independente da demanda dele, ou do grupo que ele faz parte, a gente fazer a abordagem [...] Acho que sim! Acho que a gente iria ter, não sei, de repente, boas surpresas.</p> |
| <p>TEMA 3: ATITUDES</p> | |
| <p>3.1 Posicionamento comum na equipe sobre como abordar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inexistência de posicionamento comum | <p>[...] Não. Isso a gente não tem. Um método, não. A gente troca as informações e troca ideias, mas existir um método, assim, um protocolo, uma coisa assim, não.</p> |
| <p>3.2 Atitudes atribuídas aos colegas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho com a prevenção percebido como iniciativa isolada • Foco naqueles que apresentam comorbidade clínica | <p>[...] Já teve essa aplicação do AUDIT por alguns. Mas fora isso que eu me lembre, não. Assim, uma coisa maior, não me lembro, não me recordo, não. [...] E acho que não foi muito motivado, não. [...] Porque eu percebi que uns aplicavam, outros não. [...] Olha, de uma maneira geral, todos nós investigamos dessa forma que eu te falei. Com essa preocupação com as patologias. Isso todos fazem.</p> |
| <p>3.3 Atitudes atribuídas aos pacientes usuários de álcool e outras drogas quando abordados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receptividade à abordagem <ul style="list-style-type: none"> – Aceitação da abordagem quando conscientizados – Abertura ao enfoque de prevenção da | <p>[...] É mais fácil quando o cliente percebe que aquilo ali é um problema. Então, quando vem um pra você que percebe, que quer tratar, é mais tranquilo. Agora, quando não, nem sempre eles aceitam, ou às vezes aceitam aqui na hora, mas não vai. Aceita, você marca, faz tudo, mas quando você vê</p> |

| | |
|--|---|
| doença | volta porque não compareceu. [...] Eles são espontâneos, sabe? Aqueles que assumem: “uso e pronto e acabou!” Então eu acho até que são muito espontâneos. [...] Apesar de que muitos, pra enfermagem, (engraçado) eles não chegam muito com essas dúvidas. São dúvidas mais [...] parece que eles enxergam mais o médico como a figura que vai ter aquela resposta: “mas se eu fizer isso o que é que vai acontecer com meu cérebro?” Os efeitos colaterais, usos nocivos, enfim, eles levam isso muito mais pro médico. |
| <p>3.4 Atitudes atribuídas aos usuários de APS em geral, quando abordados sobre o uso de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omissão do uso de álcool e outras drogas • Receptividade <ul style="list-style-type: none"> – Facilidade na abordagem entre os que assumem o uso | [...] Não, muitos negam. [...] Mas tem uns que assim, você tem certeza porque tem o cheiro ali. Tem a postura, mas muitos negam, a gente percebe isso. Por exemplo, o público que nega muito, e a gente sabe, é gestante com uso de droga. Uma grande maioria nega, mas eu sei que usa porque tem o agente comunitário que me traz. [...] indiferente, taxativo. Agora, os que aceitam, que falam e tudo são muito espontâneos. Eles são espontâneos. Aqueles que assumem: “Uso e pronto e acabou!” Então, eu acho até que são muito espontâneos. |
| <p>3.5 Atitudes atribuídas aos usuários de álcool e outras drogas que se recuperam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na vontade pessoal <ul style="list-style-type: none"> – Importância da mudança de hábitos • Ênfase na rede de suporte social <ul style="list-style-type: none"> – Apoio da família | Eu acho uma coisa que é importante, que eu percebo em algumas recuperações, é o apoio da família. Eu vejo assim, pessoas que pai e mãe já não querem mais saber, esposa vai embora, marido vai embora, enfim, é muito mais difícil. Então na recuperação, quando tem a ajuda, o apoio da família, eu acho que é mais fácil pra eles. [...] Agora, mudança na pessoa? Às vezes eu percebo, que eu vejo nos relatos que alguns falam, é quando param de andar com certas companhias, frequentar determinados lugares que eles sabem que ele vai encontrar a droga, ou o álcool. E acho que, acima de tudo, é querer, é ele reconhecer isso como um problema. É a primeira mudança, acho que ele tem que reconhecer que isso é um problema pra ele, porque muitos usam e não vêem isso como um problema. Acham que está ótimo: “Eu fico bem, eu fico zen. Isso é bom demais, eu não quero largar!” Então, a primeira mudança acho que é isso, é reconhecer que aquilo ali é um problema, está causando alguma deficiência pra ele. E ele mesmo, de repente, a gente sentar com a pessoa e falar assim: “Vamos tentar ver |

| | |
|--|---|
| | como é que é seu dia a dia, sua rotina, seu trabalho”. [...] são mudanças nos hábitos de vida. |
| TEMA 4: CRENÇAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | |
| <p>4.1 Crenças sobre os usuários de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na não adesão ao tratamento • Crença de que trata-se de problema moral | <p>Não, muitos negam. [...] eles negam. [...] Porque existem pessoas que não aceitam, que desistem do tratamento. [...] porque muitos usam e não vêem isso como um problema. Acham que está ótimo: “Eu fico bem, eu fico zen. Isso é bom demais, eu não quero largar!” [...] Então não justifica, eu acho! Ele não é um coitadinho, ele não é um doente que justifica ele pegar uma criança e fazer de aviãozinho. Não é por aí! Mas tem que ter cuidado que tem alguns pais que têm as orientações e volta assim também. [...] porque parece que a gente está invadindo a privacidade. Porque a gente pensa assim: “Ah, uso de álcool e droga é uma coisa ilícita. Se é ilícita a pessoa faz isso escondido. Então eu vou estar cutucando ali, no segredo da pessoa, digamos assim. Então é uma invasão.</p> |
| <p>4.2 Crenças sobre o abuso de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • É busca de prazer • Crença na escalada das drogas <ul style="list-style-type: none"> – Álcool é possível consumir sem abuso • É problema moral | <p>[...] é muito difícil. Porque eu acho que é qualquer vício. É muito difícil a gente estar lidando. Às vezes a gente acha assim: “Ah, o álcool e drogas”, mas todos os vícios de uma forma geral, eu acho complicado. [...] Aí eu não acho esse negócio muito fácil, não! Ainda mais quando você pega casos de uma pessoa jovem destruiu a vida conjugal, e filho, é muito difícil. Então não acho nada fácil nisso, não. Acho que começa pela curiosidade, pelas amizades, o experimentar. Porque eu brinco, não eu falo sempre aqui com os meninos: “Gente, droga eu nunca experimentei, mas penso que deve ser um negócio muito bom.” Deve dar uma sensação muito boa. Então acho que isso que leva ao uso abusivo e uma dependência, uma possível dependência. Deve ser essa sensação de prazer, de bem estar que causa, que dá na pessoa mesmo que por momentos pequenos, que gera. Imagino que seja isso: uma busca, uma busca do prazer. Daquela sensação. Começa de uma forma assim. Acho que a maioria das vezes, deve ser pelo que eu vejo o pessoal de nossos clientes, é por curiosidade. Essa coisa toda, mas depois aquilo vai gerando uma sensação de bem estar, que ele quer cada vez mais, a</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>dependência mesmo.</p> <p>[...] A própria substância que ele usou. Acho que é isso. Eu acho que a tendência é sempre o abuso e a dependência, no caso da droga. O álcool se ainda, porque tem muitas pessoas que bebem socialmente, não chegam no uso abusivo nem dependência. Agora, a droga eu acho mais difícil a pessoa ficar no cigarro uma vez por semana, vamos colocar assim. E outra coisa, a gente percebe que é muito progressivo. Você começa com a maconha e você só vai aumentando o tipo de droga pras drogas, as piores.</p> <p>[...] cutucando ali no segredo da pessoa, digamos assim. Então é uma invasão.</p> |
| <p>4.3 Crenças sobre a abordagem quanto ao uso de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença no despreparo para abordar <ul style="list-style-type: none"> – Preconceito às drogas ilícitas é empecilho – Ênfase na falta de “conhecimento científico” | <p>[...] Mas eu sinto dificuldade na conduta diante da resposta do cliente. Porque por eu não ter esse embasamento, então tem hora que eu me perco. Porque abordar ou saber se está usando, o quanto, essa questão até que não é tão complicada, mas o depois é [...] não sei nem se eu abordo direito, o melhor método. Não sei. Mas pelo menos eu não me sinto assim intimidada a perguntar... Só não sei se é a melhor forma que eu faço. Parece que é uma coisa errada. Hoje em dia já está assim tão mais fácil porque a gente vê o quanto é positivo a gente abordar isso. E também as pessoas acho que com o tempo vai acostumando com esse tipo de abordagem, mais tranqüila. No início sentia invadindo mesmo a privacidade. E uma coisa que é interessante, mas isso acho que é do ser humano mesmo, mais a droga do que o álcool. O álcool acho que era mais natural. Mais chapado. Agora, a droga ficava assim, uma sensação de mais invasão de privacidade. [...] pra eu poder ajudar, se eu me proponho a um trabalho de promoção à saúde, então, de uma certa forma, eu tenho que trabalhar isso porque senão não vou estar promovendo. Às vezes, uns perguntam muito sobre, cientificamente falando, sobre as drogas e tudo, eu tenho dificuldade. Eu tenho dificuldade é de cada uma, todos aqueles efeitos. Aí nesse ponto que tenho dificuldade.</p> |
| <p>4.4 Crenças sobre as recaídas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ênfase na influência de fatores internos <ul style="list-style-type: none"> – Problemas emocionais – Síndrome de Abstinência | <p>[...] são mudanças nos hábitos de vida e mudar é muito difícil, se você já está dependente daquilo [...]. [...] ainda mais se a gente pensar que essa dependência, a</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>abstinência vai te causar alguns sintomas desagradáveis que vai te levar a algum sofrimento. Então eu acho que pega por aí também.</p> <p>Não sei, talvez, algumas situações é de fundo emocional. Por exemplo, às vezes, alguns momentos difíceis da vida das pessoas e que elas ficam mais vulneráveis. Eu acho que de repente seria um dos motivos. É o que eu consigo, pensar aqui agora: emocional. [...] porque quando você fala recaída é que há algum tempo ela já está sem o uso da substância, então eu acredito que os efeitos da abstinência, os efeitos mais físicos ali, a fase já passou. Então eu acho que não é assim: “Ah, porque eu estou com aquela insônia que eu não suporto, eu estou.” [...] Eu acho que é mais uma recaída emocional, imagino.</p> |
| <p>4.5 Crenças atribuídas aos colegas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na atribuição a um problema moral | <p>Porque a gente pensa assim: “Ah, uso de álcool e droga é uma coisa ilícita.” Se é ilícita a pessoa faz isso escondido, então eu vou estar [...] cutucando ali no segredo da pessoa, digamos assim. Então é uma invasão.</p> |
| <p>4.6 Crenças sobre liberação ou repressão do álcool</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na moderação | <p>Moderar. É porque eu acho que seria, sei lá, falar reprimir acho que não tem como nos dias atuais, [...] assim álcool zero, pra todo mundo! Por isso que eu brinquei, moderar. É beber socialmente, com os amigos no final de semana. Isso não vai causar prejuízo a ninguém! Porque o reprimir acho que seria demais.</p> |
| <p>4.7 Crenças sobre a liberação ou repressão das outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crença na repressão | <p>Ai, nesse caso eu acho que o melhor caminho das drogas seria reprimir. Porque você liberando, pelo menos, eu posso estar até errada, porque eu não tenho isso estatisticamente pra te falar. É o dia a dia, porque eu vejo as pessoas. Estatisticamente eu posso estar até errada, mas a droga, se liberando, o que é que acontece? Eu percebo que não tem essa do fumar socialmente. Eu acho que a tendência é sempre o abuso e a dependência, no caso da droga. [...] E outra coisa, a gente percebe que é muito progressivo. Você começa com a maconha e você só vai aumentando o tipo de droga pras drogas, as piores. Então, no caso a droga, acho que o ideal seria reprimir.</p> |

TEMA 5: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS SOBRE TRATAMENTOS PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

- Equipe multiprofissional

[...] a gente observa o seguinte, por exemplo, quando era só CRESAM: só Psiquiatria. Às vezes saía com uma orientação de AA, de um narcóticos, de uma medicação. Eu pelo menos eu percebi uma diferença com o CAPS: é mais abrangente. Lá você tem o serviço de Psicologia, é multidisciplinar ali. Então eu vejo que ali, essa abordagem, de ver ele como um todo é mais eficiente do que quando é só um profissional, só medicamento, porque ali tem a parte de oficinas, que tem todo aquele envolvimento. Eu acho que essa abordagem é mais interessante.

TEMA 6: SENTIMENTOS ENVOLVIDOS AO LIDAR COM O TEMA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

- Liberdade para abordar
- Constrangimento
- Despreparo
- Cepticismo
- Impotência
- Revolta contra a ideia de doença

Mas pelo menos eu não me sinto assim intimidada a perguntar. [...] Complicado. Polêmico. [...] mas que é muito difícil, porque eu acho que qualquer vício é muito difícil a gente estar lidando. No início, até que eu achava muito complicado porque parece que a gente está invadindo a privacidade. Porque a gente pensa assim: “Ah, uso de álcool e droga é uma coisa ilícita. Se é ilícita a pessoa faz isso escondido.” Então eu vou estar cutucando ali no segredo da pessoa, digamos assim. Então é uma invasão. Mas depois com o tempo eu vi que tem um lado bom, que eu tenho que invadir, eu tenho que perguntar, mas pra poder ajudar. [...] você sente com vergonha. Apesar de que muitos pra enfermagem (engraçado) eles não chegam muito com essas dúvidas. São dúvidas que eles enxergam mais o médico como a figura que vai ter aquela resposta: “mas se eu fizer isso o que é que vai acontecer com meu cérebro, o que é que vai acontecer.” Os efeitos colaterais, usos nocivos, enfim, eles levam isso muito mais pro médico. Mas eu tenho carência, nessa área! [...] e algumas vezes ficam umas coisas meio absurdas também: eles colocam “meu filho, o coitadinho, ele é um doente.” Eu acho que está envolvido aí o amor materno e paterno e também não é por aí. Todo mundo que tem um problema desse, não é a gente falar que é um coitadinho, é um fraco. Que eles usam muito “é um fraco de espírito” e que

| | |
|--|--|
| | vai poder sair fazendo o que faz. Envolver criança! [...] e por coincidência, ou não muitos bairros. [...] Ele não é um coitadinho, ele não é um doente que justifica ele pegar uma criança e fazer de aviãozinho. |
|--|--|

APÊNDICE E – Tabela de Categorização horizontal das entrevistas

| SUBTEMAS E CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | | | |
|--|------------|-----|----|-------|
| | GT | GNT | GS | TODOS |
| TEMA 1: CAPACITAÇÃO | | | | |
| 1.1) Cursos | | | | |
| • SUPERA | – | – | 2 | 2 |
| • Treinamento presencial POPSS 2007 | 2 | – | – | 2 |
| • Nenhum | – | 1 | – | 1 |
| – Passagem pelo CAPS | – | 1 | – | 1 |
| • Atualização de 40 horas | – | 1 | – | 1 |
| 1.2) Pretensão de aprofundamento no tema | | | | |
| • Pretensão de fazer curso na área | 1 | 2 | 2 | 5 |
| – Curso de pequena duração | 1 | 1 | 1 | 3 |
| – Falta de pretensão de especializar-se | – | 1 | – | 1 |
| – Educação permanente | – | – | 1 | 1 |
| – Ênfase na prevenção | 1 | – | – | 1 |
| • Reconhecimento da necessidade para a APS | 1 | 1 | 1 | 3 |
| • Disposição para receber treinamento | – | 1 | 1 | 2 |
| – Falta de pretensão de especializar-se | – | 1 | – | 1 |
| • Pretensão de fazer leitura | 1 | – | – | 1 |
| TEMA 2: PRÁTICAS | | | | |
| 2.1) Avaliação do padrão de consumo de álcool e outras drogas entre usuários de APS | | | | |
| • Intervenção com aqueles que já apresentem problemas relacionados | 1 | 3 | 2 | 6 |
| • Realiza avaliação informal do consumo de álcool | 1 | 2 | – | 3 |
| • Não realiza avaliação | – | 1 | 2 | 3 |
| • Realiza avaliação de padrão de consumo apenas de tabaco | 2 | – | – | 2 |
| • Realiza avaliação informal do consumo de outras drogas em grupo específico (preventivo) | – | 1 | – | 1 |
| 2.2) Forma de abordar o assunto álcool e outras drogas com os usuários de APS | | | | |
| • Aconselhamento | 2 | 3 | – | 5 |
| – Ênfase com grupo específico (gestante, idoso) | – | 2 | – | 2 |
| – Ênfase na importância do vínculo ao abordar | – | 1 | – | 1 |
| • Ênfase na orientação em grupo | – | – | 1 | 1 |
| • Pergunta direta | – | – | 1 | 1 |
| 2.3) Etapa em que aborda o tema álcool e outras drogas | | | | |
| • Na anamnese | 1 | 3 | 1 | 5 |
| – Ênfase na droga em grupo específico (mulheres) | – | 1 | – | 1 |
| – Ênfase no álcool | 1 | – | – | 1 |
| • Na visita domiciliar | 2 | 2 | – | 4 |
| – Ênfase no álcool | 1 | 1 | – | 2 |
| – Ênfase nos tabagistas | 1 | – | – | 1 |
| • Durante os grupos | – | – | 1 | 1 |

Continua

| SUBTEMAS E CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | | | |
|--|------------|-----|----|-------|
| | GT | GNT | GS | TODOS |
| 2.4) Forma de identificação de problemas com álcool e outras drogas | | | | |
| • Observação da conduta | 2 | 2 | 2 | 6 |
| – Através do hálito etílico | – | 1 | – | 1 |
| – Postura | – | 1 | – | 1 |
| • “Denúncia” de terceiros | – | 3 | – | 3 |
| • Observação da evolução clínica | 1 | 2 | – | 3 |
| – Ênfase em grupo específico (gestantes, feridos) | – | 2 | – | 2 |
| • Pergunta direta | – | 1 | 1 | 2 |
| 2.5) Implementação de ações de conscientização na população local | | | | |
| • Ação isolada na comunidade | 1 | 3 | – | 4 |
| • Projeto de álcool e drogas nas escolas | 2 | – | 1 | 3 |
| • Nenhuma | – | – | 1 | 1 |
| • Grupo de tabagismo | 1 | – | – | 1 |
| 2.6) Incentivo na equipe para se investigar o tema | | | | |
| • Inexistente no momento | 1 | 3 | 2 | 6 |
| • Restrito às agentes de saúde | 1 | – | – | 1 |
| 2.7) Acompanhamento do usuário identificado com problemas com álcool e/ou outras drogas | | | | |
| • Em visitas domiciliares de rotina | 2 | 1 | 1 | 4 |
| – Ênfase no papel do agente de saúde | 1 | 1 | 1 | 3 |
| • Acompanhamento em consultas de retorno | – | 2 | – | 2 |
| • Inexistente | – | – | 1 | 1 |
| 2.8) Encaminhamento para serviços especializados | | | | |
| • Inexistente | 1 | 1 | 1 | 3 |
| • CRESAM / CAPS AD | – | 1 | 1 | 2 |
| • Clínica psiquiátrica | – | 1 | – | 1 |
| • Falta de sistematização | 1 | – | – | 1 |
| – Centro de Recuperação | 1 | – | – | 1 |
| – CAPS II (Ubatuba) | 1 | – | – | 1 |
| • Rede de apoio da comunidade | – | 1 | – | 1 |
| 2.9) Inclusão de perguntas sobre álcool e outras drogas em entrevistas de rotina | | | | |
| • Crença na importância para planejamento de ações | 2 | 2 | 2 | 6 |
| – Investigação atual restrita a grupo específico (mulheres-preventivo) | – | – | 1 | 1 |
| • Crença no falseamento das respostas | – | 1 | – | 1 |
| 3.1) Posicionamento comum na equipe sobre como abordar | | | | |
| • Inexistência de posicionamento comum na equipe | – | 2 | 2 | 4 |
| – Rotatividade entre profissionais impede posicionamento comum | – | – | 1 | 1 |

Continua

| SUBTEMAS E CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | | | |
|--|------------|-----|----|-------|
| | GT | GNT | GS | TODOS |
| • Existência de posicionamento comum na equipe | 2 | 1 | – | 3 |
| – Crença na necessidade de uma aproximação pessoal | – | 1 | – | 1 |
| – Abordagem informativa | 1 | – | – | 1 |
| – Padrão adotado pela equipe após capacitação | 1 | – | – | 1 |
| 3.2) Atitudes atribuídas aos colegas | | | | |
| • Desorientação | 1 | 1 | 1 | 3 |
| • Atitudes com enfoque moralista | – | 2 | – | 2 |
| • Falta de compromisso com a demanda de álcool e drogas | 1 | – | 1 | 2 |
| • Trabalho com a prevenção percebido como iniciativa isolada | 1 | 1 | – | 2 |
| – Maior adesão dos agentes de saúde | 1 | – | – | 1 |
| – Crença na motivação pessoal (tabaco) | 1 | – | – | 1 |
| • Foco naqueles que apresentam comorbidade clínica | – | 1 | – | 1 |
| 3.3) Atitudes atribuídas aos pacientes usuários de álcool e outras drogas quando abordados | | | | |
| • Esquiva diante da abordagem | 2 | 1 | 2 | 5 |
| – Ênfase na recusa do usuário de outras drogas | 1 | – | 1 | 2 |
| – Resistência ao enfoque moralista | – | – | 1 | 1 |
| • Receptividade à abordagem | – | 2 | 2 | 4 |
| – Abertura ao enfoque de prevenção da doença | – | 1 | – | 1 |
| – Abertura ao enfoque da promoção da saúde | – | – | 1 | 1 |
| – Aceitação da abordagem quando conscientizados do problema | – | 1 | – | 1 |
| – Usuário de álcool é aberto à abordagem | – | – | 1 | 1 |
| – Tentativa de reflexão sobre o tema | – | 1 | – | 1 |
| • Abordagem sem impacto na mudança de atitude | 2 | 2 | – | 4 |
| 3.4) Atitudes atribuídas aos usuários de APS em geral, quando abordados sobre o uso de álcool e outras drogas | | | | |
| • Receptividade | 2 | 3 | 1 | 6 |
| – Ênfase na estratégia de abordagem | 2 | 1 | 1 | 4 |
| – Facilidade na abordagem entre os que assumem o uso | – | 2 | – | 2 |
| • Omissão do uso de álcool e outras drogas | – | 1 | 1 | 2 |
| • Hostilidade | 1 | 1 | – | 2 |
| – Ênfase em grupo específico (idoso) | – | 1 | – | 1 |
| • Sem impacto na mudança de atitude | 1 | – | – | 1 |
| 3.5) Atitudes atribuídas aos usuários de álcool e outras drogas que se recuperam | | | | |
| • Ênfase na rede de suporte social | 2 | 2 | 2 | 6 |
| – Apoio da família | 1 | 2 | 2 | 5 |
| – Apoio profissional | – | 1 | – | 1 |
| – Reinserção no mercado de trabalho | 1 | – | – | 1 |
| – Mudança de repertório de opções de lazer | 1 | – | – | 1 |
| • Ênfase na vontade pessoal | – | 3 | – | 3 |
| – Importância da mudança de hábitos | – | 2 | – | 2 |

Continua

| SUBTEMAS E CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | | | |
|---|------------|-----|----|-------|
| | GT | GNT | GS | TODOS |
| TEMA 4: CRENÇAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS | | | | |
| 4.1) Crenças relacionadas aos usuários de álcool e outras drogas | | | | |
| • Crença na não adesão ao tratamento | 2 | 3 | 2 | 7 |
| • Crença de que trata-se de problema moral | 1 | 2 | 1 | 4 |
| • Crença na vitimização do usuário | 1 | 2 | – | 3 |
| • Paciente mais propenso a riscos | 1 | 2 | – | 3 |
| – Risco de violência | 1 | 2 | – | 3 |
| – Risco de doenças | 1 | 2 | – | 3 |
| • Crença de que são exibicionistas | – | 2 | – | 2 |
| • Crença de que atribuem o próprio consumo a problema moral | – | 1 | – | 1 |
| 4.2) Crenças sobre o abuso de álcool e outras drogas | | | | |
| • É fenômeno multifatorial | 2 | 2 | 1 | 5 |
| – Ênfase na influência do ambiente | 2 | 1 | 1 | 4 |
| – Crença na transmissão familiar | 1 | – | 1 | 2 |
| – É consequência da falta de políticas públicas eficazes | 1 | – | 1 | 2 |
| – É consequência da falta de especialistas | – | 1 | – | 1 |
| • É problema moral | – | 3 | – | 3 |
| • É irreversível | 2 | 2 | – | 4 |
| • É busca do prazer | – | 1 | – | 1 |
| • Crença na escalada das drogas | – | 1 | – | 1 |
| – Álcool é possível consumir sem abuso | – | 1 | – | 1 |
| 4.3) Crenças sobre a abordagem quanto ao uso de álcool e outras drogas | | | | |
| • Crença no despreparo para abordar | 2 | 2 | 1 | 5 |
| – Preconceito às drogas ilícitas é empecilho | 1 | 1 | – | 2 |
| – Ênfase na falta de “conhecimento científico” | – | 1 | – | 1 |
| – Crença de “não ter para onde encaminhar” | – | 1 | – | 1 |
| • Crença de que o usuário não promove mudanças | 2 | 2 | – | 4 |
| • Crença na facilidade em disseminar informação | 2 | 1 | 1 | 4 |
| • Crença na eficácia da inserção no cotidiano do usuário | 1 | 1 | 1 | 3 |
| • Crença na dificuldade em conduzir o usuário à UBS | – | – | 1 | 1 |
| 4.4) Crenças sobre as recaídas | | | | |
| • Ênfase na influência de fatores internos | 1 | 3 | 1 | 5 |
| – Problemas emocionais | – | 1 | 1 | 2 |
| – Compulsão (vício) | – | 2 | – | 2 |
| – Falta de conscientização de sua problemática | 1 | – | – | 1 |
| – Sintomas de abstinência | – | 1 | – | 1 |
| • Ênfase na influência de fatores externos | 2 | 1 | 2 | 5 |
| – Ênfase na falta de apoio profissional | 2 | – | 1 | 3 |
| – Crença na influência de terceiros | 1 | – | 2 | 3 |
| – Crença na falta de apoio familiar | – | – | 1 | 1 |
| 4.5) Crenças atribuídas aos colegas | | | | |
| • Crença no despreparo para abordar | 2 | 1 | 2 | 5 |
| – Ênfase na necessidade de reforço no aprendizado | – | – | 1 | 1 |

Continua

| SUBTEMAS E CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | | | |
|--|------------|-----|----|-------|
| | GT | GNT | GS | TODOS |
| • Crença na atribuição a um problema moral | – | 2 | – | 2 |
| • Crença na ineficácia da abordagem | 1 | 1 | – | 2 |
| 4.6) Crenças sobre liberação ou repressão do álcool | | | | |
| • Não tem posição definida | 2 | 1 | 2 | 5 |
| – Ênfase na necessidade da transmissão de informação | 1 | – | 2 | 3 |
| – Ênfase na necessidade de fiscalização | 2 | – | – | 2 |
| – Ênfase no controle do beber e dirigir | 1 | – | 1 | 2 |
| • Crença na repressão | – | 1 | – | 1 |
| – Impacto epidemiológico justifica | – | 1 | – | 1 |
| • Crença na moderação | – | 1 | – | 1 |
| 4.7) Crenças sobre a liberação ou a repressão das outras drogas | | | | |
| • Crença na repressão | 2 | 3 | 2 | 7 |
| – Fator de controle do tráfico | – | – | 1 | 1 |
| – Comprometimento maior que o álcool | – | 1 | – | 1 |
| – Ênfase no estudo do efeito de cada substância | 1 | – | – | 1 |
| – Ênfase na necessidade de definição por lei | 1 | – | – | 1 |
| – Crença na necessidade de capacitação dos diversos setores da sociedade | 1 | – | – | 1 |
| TEMA 5: CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS SOBRE TRATAMENTOS PARA ALCÓOL E OUTRAS DROGAS | | | | |
| • Equipe multiprofissional | 1 | 1 | 1 | 3 |
| • Rede de apoio na comunidade (Igreja, particulares, lazer etc) | 1 | – | 1 | 2 |
| • Oficina terapêutica | – | 1 | – | 1 |
| • Não tem informação | – | 1 | – | 1 |
| • Grupos Anônimos | – | – | 1 | 1 |
| • TIB (Testagem e Intervenção Breve) | 1 | – | – | 1 |
| TEMA 6: SENTIMENTOS ENVOLVIDOS AO LIDAR COM O TEMA ALCÓOL E OUTRAS DROGAS | | | | |
| • Despreparo | 2 | 2 | 1 | 5 |
| • Impotência | 1 | 3 | – | 4 |
| • Medo | 1 | 1 | 2 | 4 |
| • Apreensão | – | 2 | 1 | 3 |
| • Indiferença | – | 1 | 1 | 2 |
| • Desmotivação | 1 | – | 1 | 2 |
| • Sente-se à vontade ao transmitir informação | 1 | 1 | – | 2 |
| • Cautela | – | 1 | – | 1 |
| • Impaciência | – | 1 | – | 1 |
| • Falta de afinidade | – | 1 | – | 1 |
| • Ambivalência | – | – | 1 | 1 |
| • Preconceito | 1 | – | – | 1 |
| • Cepticismo | 1 | – | – | 1 |
| • Rejeição | 1 | – | – | 1 |
| • Liberdade para abordar | – | 1 | – | 1 |
| • Constrangimento | – | 1 | – | 1 |
| • Revolta contra a idéia de doença | – | 1 | – | 1 |
| • Piedade | – | 1 | – | 1 |

APÊNDICE F – Informação das mudanças ocorridas no Projeto de Pesquisa.

De: Isabel Cristina Weiss de Souza
Mestranda em Saúde Coletiva – NATES/UFJF

Para: Profa. Dra. Luciana Andrea Sálvio
Coordenadora – CEP/UFJF

Juiz de Fora, 10/09/08.

Profa. Andrea,

Venho através desta, informar mudanças ocorridas no Projeto de Pesquisa de Parecer nº 394/2007, Protocolo CEP-UFJF nº 1268.314.2007, FR 1611811, CAAE 3560.0.000.180-07, aprovado em 06 de março de 2008, até então nomeado “Avaliação do treinamento de profissionais da Atenção Primária à Saúde para o encaminhamento de pacientes ao CAPS – AD de Juiz de Fora – MG”, tendo esta pesquisadora como responsável.

A primeira mudança a informar refere-se ao nome do projeto que passa a ser “O Profissional da APS e as substâncias de abuso: crenças, atitudes e práticas na rotina da assistência”. Segue mudança no instrumento utilizado que passa a ser 1 entrevista semi-estruturada e 1 questionário sócio-demográfico. A metodologia também passa por alteração, sendo exclusivamente qualitativa, utilizando portanto a entrevista semi-estruturada como fonte de informação e a análise de conteúdo buscará categorizar os elementos apresentados nas entrevistas com os profissionais.

Atenciosamente,


Isabel Cristina Weiss de Souza

24/09/08
Daniela Mesquita Pereira
SECRETARIA CEP / UFJF

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 394/2007

Protocolo CEP-UFJF: 1268.314.2007 **FR:** 1611811 **CAAE:** 3560.0.000.180-07

Projeto de Pesquisa: Avaliação do treinamento de profissionais da Atenção Primária à Saúde para o encaminhamento de pacientes ao CAPS – AD de Juiz de Fora – MG

Area Temática: Grupo III

Pesquisador Responsável: Isabel Cristina Weiss de Souza

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora

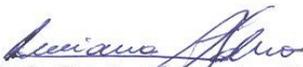
Sumário/comentários:

O CEP analisou o Protocolo 1196.242.2007, Grupo III e considerou que:

- O estudo que tem como objetivo geral avaliar o treinamento de profissionais de Atenção Primária à Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's), frente ao encaminhamento adequado de pacientes com suspeita de dependência de substâncias psicoativas ao CAPSad como forma de organizar a rede de serviços em Saúde Mental relacionadas ao álcool e outras drogas, é oportuno e relevante.
- O embasamento teórico apresentado sustenta os objetivos propostos, que são coerentes com o problema da pesquisa.
- Os critérios de exclusão e inclusão foram apresentados adequadamente
- O cronograma e o orçamento foram apresentados adequadamente.
- É apresentada a carta de concordância ao desenvolvimento do projeto, bem como, a declaração de infraestrutura para o desenvolvimento do mesmo.
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE está apresentado em linguagem clara e adequada para compreensão do sujeito.
- O currículo dos pesquisadores foi devidamente apresentado utilizando-se o modelo Lattes/CNPq, demonstrando que a qualificação dos pesquisadores é pertinente para o desenvolvimento do projeto de pesquisa.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 06 de março de 2008.


Prof. Dra. Luciana Andrea Salvio
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: ____/____/2008

ASS: _____